24 D. 222

PROPERTY OF THE
PUBLIC LIBRARY OF THE
CITY OF BOSTON,
DEPOSITED IN THE
BOSTON MEDICAL LIBRARY.

No. 5775.73

GIVEN BY

Dr. C. A. Pope.

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/notescliniquessu1866sims

NOTES CLINIQUES

SUR LA

CHIRURGIE UTÉRINE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

5775.73

PAR

J. MARION SIMS

BACHELIER ÈS ARTS, DOCTEUR MÉDECIN,
ANCIEN CHIRURGIEN A L'HÔPITAL DES FEMMES DE NEW-YORK
Membre de l'Académie de médecine de New-York,
de la Société pathologique de New-York, de la Société historique
de New-York, de la Société médicale de l'État de New-York, de la Société
royale médicale et chirurgicale de Londres, de la Société pathologique de Londres ;
Membre honoraire de la Société obstétrique de Londres, de la Société
allemande des médecins et naturalistes de Paris, de l'Académie
royale de médecine de Belgique ; Chevalier de la Légion
d'honneur, etc., etc.

TRADUITES DE L'ANGLAIS

PAR

LE Dr LHERITIER

Médecin consultant de l'Empereur,
Inspecteur des eaux de Plombières, Membre de plusieurs Sociétés savantes,
Officier de la Légion d'honneur.

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1866

CHIRURGIE UTÉRINE

8743

Paris — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

NOTES CLINIQUES

SUR LA

CHIRURGIE UTÉRINE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LE TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

PAR

J. MARION SIMS

BACHELIER ÈS ARTS, DOCTEUR MÉDECIN,
ANCIEN CHIRURGIEN A L'HÔPITAL DES FEMMES DE NEW-YORK
Membre de l'Académie de médecine de New-York,
de la Société pathologique de New-York, de la Société historique
de New-York, de la Société médicale de l'État de New-York, de la Société
royale médicale et chirurgicale de Londres, de la Société pathologique de Londres ;
Membre honoraire de la Société obstétrique de Londres, de la Société
allemande des médecins et naturalistes de Paris, de l'Académie
royale de médecine de Belgique ; Chevalier de la Légion
d'honneur, etc., etc.

5775.73

TRADUITES DE L'ANGLAIS

PAR

LE Dr LHERITIER

Médecin consultant de l'Empereur,
Inspecteur des eaux de Plombières, Membre de plusieurs Sociétés savantes,
Officier de la Légion d'honneur.

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1866

Tous droits réservés.

Dr. C. A. Pope.
Oct 10. 1897.

A SIR

JOSEPH F. OLLIFFE

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

MEMBRE DU COLLÉGE ROYAL DES MÉDECINS DE LONDRES, MÉDECIN DE L'AMBASSADE DE SA MAJESTÉ BRITANNIQUE A PARIS, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC.

CHER SIR JOSEPH,

Lorsque je vins en Europe, il n'y a pas plus de trois ans, je n'avais pas l'idée de m'y fixer. Mais je trouvai en vous un ami généreux et dévoué, dont les conseils et la noble libéralité ne tardèrent pas à me procurer une position honorable. C'est grâce à votre influence que j'ai pu atteindre les régions les plus élevées de la pratique. Sans vous, mon séjour ici n'eût été que temporaire.

Soyez sûr, cher Sir Joseph, qu'en vous offrant ce livre, je l'adresse non-seulement au médecin savant et accompli que de grands talents et de hautes relations ont si justement placé parmi les sommités de l'art, mais encore à l'homme loyal que dirigent de nobles impulsions et une généreuse nature, à l'ami qui ne m'a jamais fait défaut, quand j'avais le plus besoin de paroles encourageantes. Je vous prie de l'accepter comme l'expression de ma gratitude pour les nombreux témoignages de bienveillance et d'amitié dont vous m'avez si libéralement comblé.

J. MARION SIMS.

PRÉFACE

En 1862, je quittai volontairement mon pays, à cause des troubles politiques dont il était le théâtre. Notre malheureuse guerre civile a duré beaucoup plus longtemps que nous ne l'avions prévu, au nord comme au sud. Il en est résulté que ma résidence en Europe s'est prolongée beaucoup au delà de mes prévisions. J'ai donc eu le temps de parcourir mon mémorial, et d'en extraire un certain nombre de faits destinés à faire connaître la méthode suivie à l'Hôpital des femmes de New-York, dans le traitement des maladies utérines. Ces faits, réunis en faisceau, ont pris la forme de ces « Notes ».

J'ai toujours éprouvé une trop grande répugnance à écrire, pour essayer de faire un livre ; je veux simplement raconter en détail les opérations que j'ai faites, et donner l'histoire des cas particuliers

qui m'ont conduit à modifier les procédés adoptés, à imaginer de nouvelles formes d'instruments.

Une semblable clinique se divise tout naturellement en groupes d'observations destinées à mettre en lumière les principes de la pratique.

Dans mon pays, mes travaux ont été généralement accueillis avec bienveillance, et, tout en espérant qu'ils trouveront ici un accueil favorable, toujours est-il que n'ayant aucune prétention littéraire, ce n'est pas sans la plus grande défiance que je me suis décidé à écrire de ce côté de l'Atlantique.

Ainsi que l'indique son titre, cette collection de « Notes cliniques » n'a point le caractère d'un livre systématique; ce n'est qu'un cri parti de l'Hôpital des femmes, et qui, selon toute probabilité, n'aurait jamais été entendu, si j'étais resté dans mon pays. Je voudrais sincèrement avoir produit une œuvre plus digne de la position que j'ai si longtemps occupée dans cette noble maison de charité, car c'est à elle que je suis redevable de tout ce que je sais, au point de vue pratique, sur le sujet que je traite ici.

Je sens le besoin, tout en réclamant l'indulgence de mes confrères, de me justifier auprès d'eux de trois choses :

1° Une revue clinique d'expériences personnelles, extraite, comme celle-ci, d'un livre de notes, doit presque nécessairement être écrite à la première personne.

2° Je dois demander grâce à mes aînés pour les minuties de détail dans lesquelles je suis parfois tombé; mais l'utilité de ces détails destinés à guider mes jeunes confrères, à qui s'adresse principalement cet écrit, peut me servir d'excuse.

3° Les dessins ne sont pas tous aussi parfaits que je l'aurais voulu. La plupart sont de simples esquisses faites par moi-même, qui suis seul responsable des inexactitudes; quant à la valeur artistique qu'ils peuvent avoir, l'honneur en est entièrement dû à MM. Léveillé, Lackerbauer et Vien, de Paris, et à M. Orrin Smith, de Londres.

Un mot d'explication sur un autre point. On verra que je n'ai rien dit des accidents de la parturition, tels que les fistules de la vessie, du rectum et du vagin, la déchirure du périnée, etc. Mais je dois ajouter que si j'ai négligé pour le moment ces accidents, c'est dans l'espérance que le temps et les circonstances me permettront d'en préparer prochainement une monographie complète. Leur donner ici la place qu'ils méritent, c'était nuire en

quelque sorte au plan de ce volume, et en augmenter considérablement la grosseur.

Enfin je demande la permission de dire que j'ai des obligations particulières au docteur Thos. T. Pratt, pour l'aide qu'il m'a prêtée; et je saisis cette occasion d'adresser mes sincères remercîments à mon ami M. Ernest Hart, pour les utiles conseils et la précieuse assistance que j'ai reçus de lui pendant l'impression de ces pages.

Paris, janvier 1866.

PRÉFACE DU TRADUCTEUR

Je livre au public médical la traduction des *Notes cliniques de chirurgie utérine* publiées en anglais par le docteur Marion Sims. La connexité de ces notes avec le traitement de la stérilité; le bruit qu'ont fait parmi nous et dans le monde les succès obtenus par le chirurgien américain; l'originalité ingénieuse de quelques-uns des procédés qu'il décrit; la probité de l'auteur, dont j'ai suivi la pratique pendant tout cet hiver, m'ont donné l'idée de traduire ce livre, qui se rattache intimement à mes premières études sur les maladies de la femme. Peut-être pensera-t-on qu'à cause de cela, j'aurais dû annoter le travail de M. Sims; mais, avant tout, je ferai remarquer que je suis étranger à la chirurgie; en second lieu, comme il ne s'agit pas ici d'un ouvrage *ex professo*, mais, ainsi que l'auteur le dit modestement lui-même, de simples notes extraites de son répertoire clinique,

il m'a semblé puéril d'ajouter des notes à des notes.

J'ai préféré, pour n'assumer aucune responsabilité, et surtout pour ne pas altérer le caractère du livre, lui laisser toute sa naïveté, particulièrement à propos de certaines investigations poussées jusque dans les mystères de l'alcôve, investigations délicates auxquelles nos habitudes et nos mœurs n'ont pas encore suffisamment préparé nos malades et nos médecins.

Dr LHERITIER.

1er juin 1866.

CHIRURGIE UTÉRINE

INTRODUCTION

Je ne me propose pas d'écrire une monographie complète de la chirurgie utérine, ou du traitement de la stérilité, mais je tiens à exposer succinctement les maladies chirurgicales qui semblent s'opposer ordinairement à la conception. Pour faire un ouvrage complet sur cette matière, il faudrait écrire un livre entier sur toutes les maladies des femmes et sur quelques-unes de celles qui sont particulières à l'autre sexe ; telle n'est pas mon intention ; je me renfermerai, par conséquent, dans l'examen des cas qui se présentent le plus souvent à l'observation du praticien.

Toute recherche sur les conditions qui favorisent la conception nous entraîne nécessairement à l'étude de celles qui lui font obstacle ; et de là nous sommes conduits tout naturellement à rechercher avec soin les meilleurs moyens de surmonter ces obstacles. Tel est l'ordre dans lequel j'ai l'intention de traiter le sujet ;

bien que ce ne soit pas ainsi que j'ai acquis l'expérience qui m'est personnelle. Elle m'est venue, je dois le dire, de manières très-diverses.

Dans le cours du traitement des maladies des femmes, j'ai vu, comme beaucoup d'autres, bien des cas de stérilité guérie accidentellement par la cure même d'une affection utérine. Plus tard, je découvris que ces cas étaient aussi variés que les maladies dont ils dépendent. Faisant alors une classification de toutes les affections de l'utérus, à mesure qu'elles se présentaient, je trouvai que plusieurs d'entre elles donnaient lieu à la stérilité, et je pus former deux classes des malades qui en étaient atteintes :

Dans la première, je rangeai celles qui n'avaient jamais conçu ; dans la seconde, celles qui avaient conçu, mais qui, par une raison quelconque, avaient cessé de concevoir depuis un certain temps, cinq ans, par exemple, ou plus. La première classe, je la dénommai, « Stérilité naturelle » ; la seconde, « Stérilité acquise ».

En parcourant les notes que j'avais recueillies pendant une certaine période d'années, je fus surpris de voir que le nombre des malades était presque égal dans les deux classes. Tantôt l'une, tantôt l'autre prédominait ; mais toutes deux se balançaient si uniformément, que, d'un côté comme de l'autre, la différence se couvrait par 3 ou 6 pour 100.

Je veux dire qu'il en est ainsi, en prenant tous les cas de maladie utérine, tels qu'ils se sont présentés, et

pêle-mêle : car si nous considérons seulement les personnes qui viennent nous consulter uniquement au sujet de leur stérilité, sans la rattacher à une maladie ou à une souffrance actuelle, la première classe sera, bien entendu, de beaucoup prédominante. Mais c'est de l'étude de tous les faits que nous déduisons les principes qui doivent guider notre jugement dans les cas individuels ; et c'est par ce moyen que nous pouvons spécifier les conditions qui s'opposent le plus complétement à la conception, et, en même temps, celles qui lui sont le plus favorables.

Dans un cas, l'empêchement peut dépendre d'une simple étroitesse de l'orifice ; dans un autre, de sa mauvaise conformation ; ici, de l'engorgement du col ; là, de son élongation, de son hypertrophie, de sa simple induration ; d'autres fois, de la courbure du canal cervical, de la présence d'un polype ou d'un fibroïde.

Une position vicieuse de l'utérus, une mauvaise conformation anatomique du vagin, l'altération des sécrétions de ce canal ou du col, toutes causes agissant, les unes mécaniquement, les autres chimiquement, peuvent, ainsi que l'absence d'animaux spermatiques, constituer des cas simples de stérilité ; tandis que d'autres cas plus compliqués sont dus à des anomalies réunies, qui, toutes, sont un sujet d'études et d'investigations.

Quand nous en venons à analyser ces causes et ces complications diverses, nous les voyons toutes se résumer en des obstacles qui s'opposent au libre passage,

dans la cavité utérine, des spermatozoaires vivants. Dans tous les cas curables, il faut que l'ovulation soit parfaite, autrement tous nos efforts sont vains, et si la femme a passé la période de l'ovulation, on ne peut rien faire pour elle ; il en est de même, quand l'œuf ne pénètre pas dans les trompes de Fallope, chose impossible à constater. On doit regarder une menstruation normale comme un signe d'ovulation normale ; et prenant ce signe pour guide, il est permis d'espérer qu'on découvrira, dans la majorité des cas, quelques-uns des obstacles que nous avons énumérés, et parmi lesquels il en est qui sont éventuellement curables.

Il est évident que, si nous connaissions exactement, pour l'utérus et ses appendices, toutes les conditions absolument essentielles à la fécondation, il ne serait pas très-difficile de déterminer, dans un cas donné, l'état particulier qui s'oppose à ce qu'elle ait lieu. Et, d'un autre côté, si nous connaissions exactement, pour l'utérus et ses appendices, les conditions qui s'opposent absolument à la fécondation, il ne serait pas non plus très-difficile de déterminer tout de suite les chances de guérison que présente la stérilité. C'est là simplement une autre manière de dire qu'ici, comme dans toute autre branche de la médecine, la connaissance des actes physiologiques, jointe à celle des conditions anormales, peut servir de base essentielle aux méthodes de traitement.

Il y a quelques années, le problème de la concep-

tion était enveloppé dans le plus profond mystère; mais aujourd'hui, grâce aux travaux de Martin Barry, de Bischoff, de Coste, de Pouchet et d'autres physiologistes modernes, les lois en sont beaucoup mieux comprises.

Comme d'habitude, la pathologie est ici en arrière de la physiologie, mais elle est bien en avant de la thérapeutique; car, jusqu'à une époque comparativement récente, nous n'avons eu aucune idée rationnelle du traitement de la stérilité; et presque tout ce que nous connaissons aujourd'hui nous est venu de l'école d'Édimbourg. On n'a ajouté que fort peu de chose, sinon rien, aux travaux de Macintosh et de Simpson, et la langue anglaise ne nous offre qu'une seule monographie complète sur ce sujet, celle du docteur A. K. Gardner (1), de New-York.

Macintosh (2) découvrit que, chez la plupart des femmes stériles, l'orifice et le col de l'utérus étaient resserrés; il en conçut l'idée de les dilater au moyen de bougies semblables à celles qu'on employait ordinairement dans les rétrécissements de l'urèthre. Son succès fut très-remarquable, mais aucun de ses disciples ne put arriver à d'aussi beaux résultats. Simpson, voyant l'infidélité et même le danger de la dilatation, eut l'heureuse idée d'inciser l'orifice et le col, pour rendre leur

(1) *On the Causes and Curative Treatment of Sterility*, by A. K. Gardner, M. B., etc. New-York, 1856.

(2) Macintosh's *Pathology and Practice of Physic*, 1836.

élargissement plus complet et plus permanent. Les résultats n'ont pas été tels qu'on l'avait espéré; mais ils ont suffi à démontrer que nous sommes au moins dans la voie des améliorations ; et il me semble que les progrès ultérieurs devront être acccomplis, comme ils l'ont été jusqu'ici, par des moyens presque purement chirurgicaux.

A tous les points de vue, ce sujet est d'une grande importance; car la perpétuation des noms et des familles, la transmission de la propriété, le bonheur des individus, et quelquefois la prospérité des États, et même la permanence des dynasties et des gouvernements peuvent en dépendre.

Sans pousser plus loin ces remarques préliminaires, recherchons donc « quelles sont les conditions essentielles à la conception ».

1° Elle a lieu seulement pendant l'existence de la *vie* menstruelle.

2° Il faut que les menstrues soient de nature à témoigner de l'état de santé de la cavité utérine.

3° Il faut que l'orifice et le col de l'utérus soient suffisamment ouverts pour permettre le libre écoulement du flux menstruel, ainsi que l'entrée des animaux spermatiques.

4° Il faut que le col soit de conformation, de forme, de grandeur et de densité convenables.

5° Il faut que l'utérus soit dans une position normale, c'est-à-dire ni en antéversion, ni en rétroversion très-prononcées.

6° Il faut que le vagin soit capable de recevoir et de retenir le fluide spermatique.

7° Il faut que la semence, avec les animaux spermatiques vivants, soit déposée dans le vagin en temps opportun.

8° Il faut que les sécrétions du col et du vagin n'empoisonnent ni ne tuent les animaux spermatiques.

Ces conditions renferment les principes ou les lois générales les plus favorables, je dirai même essentielles, à la fécondation. Je me propose de les reprendre une à une, et de montrer, par l'expérience clinique, en quoi l'état de stérilité diffère de celui de fécondité, et de signaler, autant que je le pourrai, les plus sûres méthodes de guérison.

Mais avant d'aborder ces questions, il convient peut-être de dire quelque chose de la méthode d'exploration utérine.

MÉTHODE D'EXPLORATION UTÉRINE.

Presque tous les médecins habitués à traiter les maladies des femmes se sont fait une méthode particulière d'exploration. Je me propose ici de donner la mienne.

Toute exploration complète de l'utérus est naturellement divisée en deux phases, la première réclame le toucher, la seconde, la vue; le décubitus dorsal pour l'une, le coucher sur le côté gauche pour l'autre. Pour le toucher, la patiente peut reposer sur un sofa ou sur

un lit, mais l'un est trop bas, et l'autre, trop mou, s'affaisse trop facilement, quand il s'agit de l'examen au spéculum. C'est pourquoi je préfère une table ordinaire, large de deux ou trois pieds, longue de quatre ou cinq, et couverte d'un matelas ou d'une couverture pliée. C'est un peu plus effrayant, mais cela vaut mieux pour le médecin comme pour la malade, et je dirai plus, c'est essentiel, si l'on veut faire un examen bien complet. La table étant convenablement préparée, la patiente est priée de dénouer tous les liens des vêtements et du corset, de sorte qu'il ne reste rien qui serre la taille ou comprime l'abdomen. Cela fait, le médecin baigne ses mains dans l'eau chaude et les lave bien. Il peut paraître étrange que j'insiste sur ce point, mais je le fais très-sérieusement ; premièrement, parce que cet acte adoucit et échauffe les mains ; secondement, parce qu'il répond de leur propreté et rassure la patiente contre toute souillure par le toucher, chose qui n'est nullement à dédaigner.

Tout étant prêt, la femme est invitée à s'asseoir sur le bord de la table, puis à se coucher sur le dos, la tête, et non les épaules, soutenue par un oreiller, les pieds restant momentanément sur une chaise.

Beaucoup de praticiens laissent les pieds pendants se reposer chacun sur une chaise ; mais pour le médecin comme pour la femme, ce moyen n'est ni le meilleur, ni le plus commode. La patiente une fois couchée commodément sur la table, le chirurgien ôtera les pieds de

dessus la chaise, sur laquelle il doit s'asseoir, et les placera sur le bord de la table, les talons séparés de dix à douze pouces et les genoux un peu plus écartés. Cette flexion des cuisses et des jambes assure le relâchement des parois abdominales. Quelques femmes, en dépit de nos prières, rapprocheront la plante des pieds et laisseront tomber les genoux en dehors, tandis que d'autres, sans s'en douter, tiendront les genoux étroitement serrés et les pieds fermement écartés : chacune de ces deux positions est également contraire à une exploration facile du vagin.

La patiente étant sur le dos, avec les extrémités fléchies et fixées convenablement, il convient de lui répéter qu'il n'y a pour elle ni souffrance à endurer, ni crainte d'être vue, dernière chose souvent plus redoutée que la douleur.

Alors l'index de la main gauche sera enduit, non d'huile, fréquemment visqueuse, non de graisse, fréquemment rance, mais d'eau chaude et de savon fin de Castille, qui est plus propre, et lubrifie mieux qu'aucune autre substance. On passe le doigt dans le vagin, mais avec précaution; autrement on pourrait irriter le système nerveux et produire involontairement une action spasmodique des muscles abdominaux. La patiente s'agiterait, prendrait l'alarme, et peut-être serait-on forcé de remettre à une autre fois un examen de très-courte durée. A mesure que le doigt pénètre, on s'assure s'il n'y a rien d'anormal aux abords du vagin. Son

entrée, par exemple, est-elle contractée, rigide? L'hymen est-il présent ou absent? Est-il irritable ou sensible? Quant au vagin, est-il abaissé vers le coccyx? Se tient-il plutôt dans la direction de l'axe du bassin? Sa température est-elle normale? Est-il court? Est-il profond? Est-il étroit? Est-il large? Contient-il quelque corps étranger? En cas d'affirmative, est-ce une substance inorganique qu'on y aurait introduite? ou bien est-ce une grande production organique, croissant sur ses parois ou sur le museau de tanche, ou même venant de la cavité de l'utérus? cette production est-elle de nature bénigne ou dangereuse? On passe alors à la matrice : son orifice est-il ouvert ou fermé, grand ou petit? Son col est-il trop long, trop pointu, trop petit, trop grand? Est-il induré ou ulcéré? Le corps de l'organe est-il dans sa position naturelle ? Est-il renversé en avant ou en arrière, ou fléchi dans une direction quelconque? Est-il plus grand ou plus petit que nature? Est-il de forme convenable? Est-il induré? Est-il fixe ou mobile? Y a-t-il complication due à la présence de quelque fibroïde ou à une participation des ovaires.

Toutes ces conditions sont faciles à constater par le toucher seul, car nous n'avons nul besoin de spéculum pour connaître le volume, la position et les relations de l'utérus et de ses appendices.

Mais je ne saurais omettre de dire que le simple toucher par le vagin ne suffit pas seul, et qu'il est nécessaire, en même temps que l'index gauche est porté dans

ce canal, de faire une pression avec la main droite sur l'abdomen, dans la région hypogastrique, afin de pouvoir constater, par l'action simultanée des deux mains, l'état et les relations de la matrice.

Est-elle dans sa position normale? Son orifice se trouvera au bout de l'index de la main gauche, tandis que l'autre main sentira distinctement son fond sur une ligne tirée de l'orifice à l'ombilic.

Y a-t-il antéversion? L'orifice sera porté en arrière du côté de la cavité du sacrum, et l'index introduit rencontrera le fond précisément derrière la symphyse pubienne, appuyé sur la paroi antérieure du vagin, et peut-être dans une position parallèle avec elle.

Mais, je le répète, le toucher par le vagin est insuffisant pour déterminer sûrement cette position, il est encore essentiel d'opérer en même temps une pression à l'aide de l'autre main, juste au-dessus du pubis; alors il devient facile de mesurer le volume du corps de la matrice, qui se trouve fermement saisi entre les doigts des deux mains. En l'isolant ainsi, il est permis de déterminer ses contours et sa configuration, presque aussi commodément que s'il s'agissait d'un organe extérieur.

La région rétro-utérine, représentée figure 1 comme occupée par une petite tumeur, est tout aussi facile à explorer par le toucher seul. Pour cela, on passe l'index de la main gauche dans le cul-de-sac postérieur, derrière le col de l'utérus qu'on soulève en le tirant en avant, en

même temps qu'on plonge la main placée sur l'hypogastre dans la direction du bout de l'index gauche.

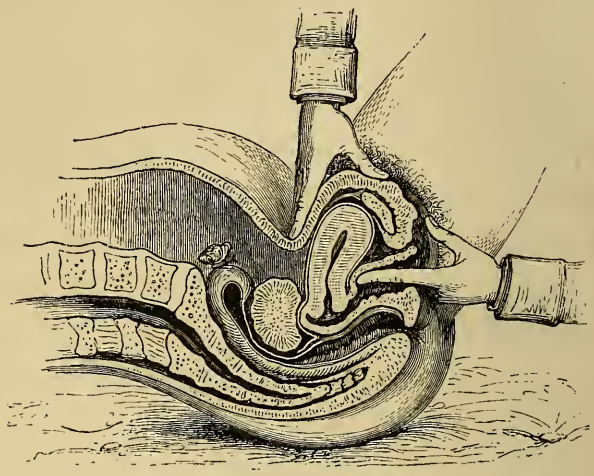

Fig. 1.

Chez une femme maigre, qui n'offre rien d'anormal, les doigts de la main tenue à l'extérieur et le doigt introduit dans le vagin peuvent être rapprochés derrière le col, sans souffrance pour la patiente, et, s'il existe quelque anomalie, cette manipulation permet souvent de la reconnaître.

On peut être obligé d'introduire le doigt dans le rectum, pour éclaircir quelque point de diagnostic douteux, mais il est rare que ce soit absolument nécessaire.

Par cette méthode, les renversements, les flexions, les excroissances fibroïdes et d'autres désordres, sont promptement découverts ; et, s'il arrive qu'il y ait doute

sur la direction ou la profondeur de la cavité utérine, la sonde est là pour le faire cesser.

Après avoir constaté tous ces points par le toucher, on est préparé pour la seconde phase de l'examen, c'est-à-dire pour l'exploration au spéculum. Le décubitus dorsal, je l'ai déjà dit, doit être préféré quand il s'agit du toucher; mais, pour le spéculum, la position à demi inclinée sur le côté gauche est assurément la meilleure.

En 1845, j'appliquai pour la première fois l'emploi du spéculum, à l'opération de la fistule vaginale, en mettant la patiente sur les genoux. J'ai rarement recours aujourd'hui à cette méthode; mais, comme elle peut quelquefois être nécessaire dans un cas compliqué de fistule vésico-vaginale, ou dans quelques formes de maladies graves, je citerai ici le cas suivant, extrait de mes premières notes sur ce sujet, et publié dans l'*American Journal of Medical Sciences*, janvier 1852.

« Pour avoir une idée exacte du canal vaginal, je place la patiente à genoux sur une table d'environ deux pieds et demi de large sur quatre de long, les fesses élevées, la tête et les épaules abaissées. Les genoux doivent être séparés de six à huit pouces, les cuisses à peu près à angle droit avec la table, et les vêtements complétement libres, afin d'éviter toute compression des parois abdominales. Un aide placé de chaque côté tient une de ses mains dans le pli compris entre les muscles des fesses et les cuisses, le bout des doigts s'étendant jusqu'aux grandes lèvres; puis, les fesses étant tirées

simultanément en haut et en dehors, l'orifice du vagin s'entr'ouvre, les viscères pelviens et abdominaux gravitent tous vers la région épigastrique, l'air pénètre dans le vagin et le distend par sa pression jusqu'à ses limites extrêmes, ce qui permet de voir très-facilement le museau de tanche, la fistule, etc. Pour faciliter l'exhibition des parties, l'aide, placé à droite de la patiente, introduit dans le vagin le spéculum à levier représenté dans la figure 2; puis, relevant le périnée, tendant le sphincter et soulevant la cloison recto-vaginale (fig. 3), il est aussi facile d'explorer le canal vaginal tout entier que d'examiner le fond du gosier, en présentant une forte lumière à l'orifice largement ouvert du spéculum.

Fig. 2.

» Cette manière de mettre les parties en vue n'est pas seulement utile dans ces cas; elle l'est encore dans toutes les affections de l'orifice et du canal de l'utérus qui réclament l'inspection oculaire.

» Les maladies organiques les plus douloureuses, l'ulcère, le carcinome, etc., peuvent être explorées de cette manière sans causer la moindre souffrance. En même temps, il est facile d'appliquer un traitement

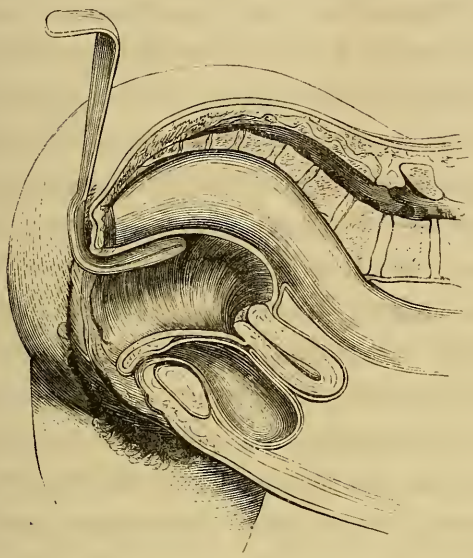

Fig. 3.

local, sans crainte de blesser les organes sains. Cette méthode permet aussi de juger anatomiquement de la forme et de la capacité du vagin ; car, s'il n'y existe ni modification organique, ni contraction, ni rigidité, provenant de plaies d'ulcères ou de cicatrices, et si l'utérus est mobile, ce canal se dilate immédiatement et prend des proportions énormes. »

J'écrivais cela en 1852 ; et j'ai reproduit ici les figures 2 et 3, d'après l'*American Journal of Medical*

Sciences, dans l'unique intention de mettre en présence l'ancienne méthode d'exploration du vagin avec celle que j'emploie actuellement.

Bien des personnes qui n'ont jamais vu appliquer mon spéculum doutent de l'exactitude de l'explication que j'ai donnée ci-dessus et de son principe. Mais qu'elles l'expérimentent elles-mêmes, et nous en donnent une raison plus en rapport avec les lois de la philosophie naturelle, s'ils en ont une. Pour qu'une expérience réussisse, certaines conditions sont nécessaires; j'insisterai donc sur ce point, au risque de paraître ennuyeux. Que l'expérimentateur dénoue d'abord tous les liens qui attachent les vêtements et les corsages; qu'il place la patiente sur une table et sur les genoux; le corps incliné en avant jusqu'à ce que la tête soit arrivée au niveau de la table sur laquelle elle doit reposer dans les deux mains, tout son poids étant supporté par l'os pariétal gauche, tandis que les coudes sont rejetés à l'écart, sur les côtés. Les genoux doivent être séparés de huit à dix pouces; les cuisses, à peu près à angle droit avec

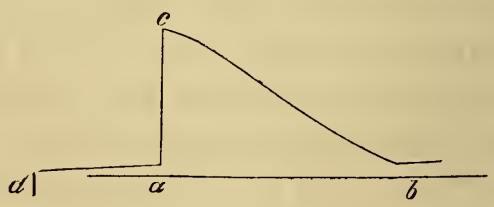

Fig. 4.

la table : ainsi le plan de la table *a b*, l'axe des cuisses *c b* formeraient un triangle rectangle dont les

cuisses et la table feraient l'angle droit, et le corps l'hypoténuse. La patiente doit être exercée à se tenir invariablement dans cette position ; il ne faut pas qu'elle se laisse aller en avant et qu'elle amoindrisse l'angle pelvien *c*, ni qu'elle ramène les genoux sous le corps, de manière à rendre cet angle trop aigu ; on lui recommande de ne pas faire le gros dos, car cela conduit à tendre les muscles abdominaux, qui doivent être parfaitement relâchés ; l'épine dorsale doit plutôt se creuser, s'*enseller*, comme on le voit chez les bêtes de somme. Bien pénétrée de ces précautions, la malade respirera à son aise, et les muscles de l'abdomen seront ainsi mis dans le relâchement. La conséquence forcée de cette position maintenue avec calme, pendant quelques moments, c'est la gravitation vers l'épigastre des viscères abdominaux et pelviens déplacés. Alors, si le chirurgien, qui se tient derrière sa patiente, met les mains sur les fesses et les pousse doucement en haut et en arrière, en prenant soin de ne rien changer à la position, il verra l'orifice du vagin s'entr'ouvrir, et en même temps il entendra l'air s'y introduire avec bruit et sifflement ; il n'a plus qu'à relever, même avec le doigt, le périnée vers le coccyx, pour voir le vagin distendu comme une vessie gonflée ; et s'il fait usage de mon spéculum au lieu du doigt, toute la cavité du vagin lui apparaîtra encore plus largement développée.

Au moment où il retire l'instrument (ou le doigt) et permet à l'orifice du vagin de se refermer, s'il laisse la

malade fatiguée tomber sur le côté, il entendra clairement, et sans qu'il puisse s'y méprendre, le bruit de l'air s'échappant du vagin. Dans la pratique privée, même quand la patiente est sur le côté, c'est un fait si désagréable et si blessant pour une personne délicate, que je garde généralement près de moi un cathéter, pour le glisser momentanément dans le vagin, afin que l'air puisse s'en échapper sans bruit. Si l'on échoue dans l'expérience ci-dessus, cela ne tiendra qu'à ce qu'on aura omis quelqu'une des conditions essentielles à la réussite.

L'office de ce spéculum (qu'on l'emploie pendant que le patiente est placée sur les genoux ou sur le côté) est d'élever le périnée et de supporter en partie la paroi postérieure du vagin; la pression de l'atmosphère et la gravitation des viscères font le reste. Tous les autres spéculums agissent directement sur les parois du vagin, qu'ils distendent mécaniquement. Celui-ci, en général, ne touche qu'à une petite partie de la paroi postérieure.

Je fus amené à l'invention de ce spéculum par un incident singulier; et pour montrer de quelles bagatelles naissent quelquefois d'importants résultats, je me hasarde à en rappeler ici les circonstances. Je me sens d'autant plus autorisé en cela, que mon spéculum est dans les mains de beaucoup de praticiens en Angleterre et de quelques-uns sur le continent, appelé, il est vrai, du nom d'un autre, qui n'y fut pour rien, et qui n'a fait autre chose que de le remettre aux fabricants,

pour qu'ils le copiassent, lesquels, à leur tour, m'ont fait, sans s'en douter, un tort considérable. En décembre 1845, une dame chevauchait sur un poney dans les faubourgs de la ville de Montgomery (Alabama), où je résidais alors. Le poney s'effraya et d'un bond se déroba ; elle tomba, le bassin contre terre. Je la vis bientôt après ; ses souffrances étaient grandes. Outre les contusions provenant de la chute, elle se plaignait de ténesme rectal et vésical. A l'exploration, je trouvai une rétroversion complète de l'utérus. J'avais appris dans mes lectures que la meilleure manière de réduire un déplacement récent de cet organe était de faire mettre la patiente sur les genoux et d'agir sur la matrice par le rectum et le vagin. Cette dame, couverte d'un drap, fut ainsi placée en travers de son lit. J'introduisis alors le doigt dans le vagin, mais sans résultat. Ne voulant pas passer le doigt dans le rectum, ce qui est toujours désagréable et doit être évité autant que possible, j'introduisis à la fois le médius et l'index dans le vagin, et, pendant que je faisais des efforts pour remettre en place l'utérus, il me fut tout à coup impossible de l'atteindre, ni même les parois du vagin, si bien que mes doigts se promenèrent dans le bassin sans toucher à rien, si ce n'est au point où ils étaient engagés dans l'orifice du vagin.

Pendant que je cherchais quelle pouvait être la cause de cette anomalie, ma malade me dit qu'elle n'éprouvait plus les symptômes dont elle se plaignait si vive-

ment quelques instants auparavant, et la voyant ainsi soulagée, bien que je ne comprisse pas comment cela s'était fait, il était de mon devoir vis-à-vis d'elle d'en finir aussitôt. Elle était forte et vigoureuse, je la laissai, en la priant de se coucher.

Épuisée par la souffrance et par la position forcée que je lui avais fait prendre, elle se jeta sur le côté, quand tout à coup la sortie de l'air renfermé dans le vagin me tira de mon embarras en me donnant la raison de la réduction du renversement de l'utérus qui se trouvait maintenant dans sa position normale. Quelle était cette raison? Dès que la patiente fut placée dans la position que j'ai décrite, les viscères pelviens gravitant naturellement vers la région épigastrique, il ne fallait pas une grande force pour amener le résultat désiré, surtout dans un cas récent de déplacement; mais un doigt n'était pas assez long pour relever l'organe, avec deux on ne le pouvait pas davantage; cependant, quand ils furent tous les deux introduits, il arriva que, par suite des manipulations diverses auxquelles je me livrais, la main se tourna la paume en bas; ce mouvement mit la surface dorsale des doigts parallèles en contact avec la commissure vulvaire, éleva le périnée, et tendit le muscle sphincter, ce qui permit à l'air de se précipiter dans le vagin sous la face palmaire des doigts. Cette pression mécanique de quinze livres sur un pouce carré dilata soudainement ce canal comme un ballon, et l'utérus fut réduit par le fait seul de la pression atmos-

phérique. Ayant à soigner, à la même époque, une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale que je ne pouvais découvrir, je plaçai la patiente dans la position ci-dessus décrite, et je me servis du manche d'une cuiller, courbé à angle droit, pour élever le périnée, ouvrir le vagin et permettre à l'air de s'y introduire. Rien ne me fut plus facile, alors, que de voir non-seulement la fistule, mais encore toute l'étendue du canal. Cet instrument (page 14, fig. 2) fut le résultat d'une inspiration.

Pendant ma résidence dans l'Alabama, qui dura jusqu'en 1853, je n'eus besoin de chercher ni un instrument d'une meilleure forme, ni une autre position pour en faire l'application ; mais, quand je vins à New-York, un champ d'observation plus vaste me prouva bientôt qu'il était essentiel de modifier et l'instrument et la position, si l'on devait en faire l'application au traitement journalier des affections ordinaires de l'utérus. En effet, si une malade, atteinte d'une infirmité aussi terrible qu'une fistule vésico-vaginale, est toute disposée à prendre telle ou telle position, si fatigante qu'elle soit, on ne tarde pas à s'apercevoir, pour peu qu'on y réfléchisse, que cette posture à genoux serait tout à fait insolite dans le traitement des formes simples des maladies utérines, telles qu'il s'en présente dans les classes élevées de la société.

La nécessité d'un changement une fois admise, je songeai à améliorer mon spéculum, et en même temps

je m'assurai qu'il pourrait être employé tout aussi efficacement en plaçant la patiente sur le côté gauche qu'en la forçant à se mettre sur les genoux. Pendant près de vingt ans, je n'ai fait usage d'aucun autre spéculum, et, toutes les fois que dans ces pages j'ai occasion de parler de cet instrument, on doit se rappeler que j'ai toujours et uniquement en vue celui qui est représenté par la figure 5, et que j'emploie, la malade étant couchée sur le côté gauche. C'est le meilleur spéculum dont on puisse se servir, qu'on l'applique au pansement le plus simple ou à l'exécution de l'opération la plus difficile.

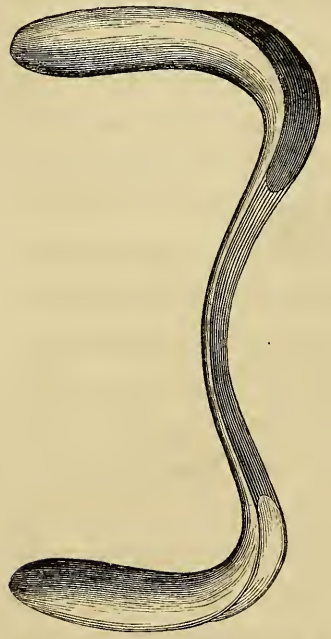

Fig. 5.

Je dois nécessairement faire exception en faveur du spéculum d'ivoire conique, pour les cas où il est nécessaire d'appliquer le fer chaud, pratique rare en Amérique.

Le spéculum est univalve ou à bec de cane, comme quelques-uns l'ont appelé. Dans un but de commodité, deux spéculums d'inégale grandeur sont fixés au même manche, un à chaque extrémité. Ce manche peut être légèrement courbé, comme on le voit figure 5, ou

parfaitement droit, comme celui dont je me servais primitivement (fig. 2). L'unique objet de cette légère courbure est de faciliter l'exercice de sa puissance comme levier, dans les opérations de longue durée. L'aide peut se fatiguer à le tenir par l'extrémité, et c'est alors un grand soulagement pour lui de saisir le manche par le milieu, là où il est légèrement courbé. En réunissant deux spéculums sur un seul manche, on n'a eu d'autre intention que d'avoir deux grandeurs différentes, pour les approprier à des organes de proportions variables, car il n'y a pas plus deux vagins absolument pareils qu'il n'y a deux visages précisément semblables.

J'ai un spéculum dont le manche a six pouces de long, un autre deux pouces seulement, et un troisième de longueur ordinaire, d'un pouce trois quarts de large. Mais ces grandeurs sont rarement nécessaires. Dans les circonstances les plus communes, deux instruments doubles, c'est-à-dire quatre valves, sont tout ce dont on peut avoir besoin.

Le plus petit, je l'appelle le spéculum virginal ; car malheureusement nous sommes quelquefois forcés de faire usage de cet instrument pour des femmes non mariées, et dès lors il est convenable d'en avoir de grandeur appropriée, afin de ne pas causer de souffrance et de ne pas léser l'hymen. L'une des valves a un peu moins de trois pouces de long, l'autre une fraction de plus; la première a trois quarts de pouce de large, l'autre sept huitièmes. Mais, quant au spéculum d'usage ordinaire

pour les femmes mariées, la valve la plus petite est à peu près de trois pouces et demi de long sur un pouce de large : c'est le seul dont nous ayons besoin neuf fois sur dix.

L'autre, ou le plus grand, est de quatre pouces de long sur un pouce un quart de large. Il s'emploie dans les cas où le vagin est très-grand. On en fait, il est vrai, qui sont de beaucoup plus larges, mais alors ils exposent à faire mal, ce qu'il faut toujours éviter.

Dans toutes les explorations du vagin, peu importe dans quel dessein, on ne doit jamais se servir d'un spéculum avant de s'être d'abord et parfaitement assuré par le toucher de l'état de l'utérus et de ses annexes.

Cette recommandation est impérative, et cela pour des raisons évidentes : d'abord, parce que la grandeur du spéculum doit toujours être accommodée à la grandeur du vagin ; un petit spéculum dans un grand vagin est comparativement inutile ; au contraire, un grand spéculum dans un petit vagin produit de cruelles souffrances. En second lieu, parce qu'il faut passer l'instrument dans la direction de l'axe du vagin, et prendre garde de ne pas le heurter contre le col de l'utérus, particulièrement si celui-ci est le siége d'érosions granuleuses, de polype, de végétations, ou d'autres productions de nature hémorrhagique, qui, toutes, doivent être préalablement constatées par le toucher.

On a objecté à ce spéculum de nécessiter pour son application l'assistance d'une troisième personne. S'il n'avait une valeur réelle, il n'y aurait pas de meilleure

raison pour le faire adopter universellement. J'insiste pour qu'une troisième personne soit toujours présente en ces occasions. La délicatesse et la bienséance le requièrent, et l'opinion publique doit l'exiger; je ne veux pas dire l'opinion publique en général, mais l'opinion publique professionnelle.

J'affirme que je n'ai jamais fait d'exploration vaginale, que je n'ai pas employé le spéculum une douzaine de fois dans ma vie, en dehors de la présence d'une troisième personne. Je n'ai jamais trouvé une malade bien élevée et de bon sens qui m'ait fait à ce sujet la moindre objection ; et la personne la plus sotte en reconnaîtrait la nécessité, si on lui disait que les convenances l'exigent, un aide fût-il même inutile. Les quelques malades qui ont fait des objections à la présence d'un tiers au moment de l'exploration n'étaient préoccupées que de la crainte de se voir exposées aux regards. Nous sommes généralement trop disposés, nous autres médecins, à faire peu de cas de ce sentiment de délicatesse inné, lorsque nous avons vieilli dans la pratique de l'hôpital; mais nous n'éprouverons jamais le moindre mécompte, si nous avons toujours, envers la plus pauvre malade de l'hôpital, la même bienveillance, la même aménité que pour la dame du plus haut rang. Or, je le répète, dans les examens auxquels nous nous livrons, il ne faut jamais découvrir la malade, pas même dans la pratique de l'hôpital. Lorsqu'on procède à une exploration manuelle, il peut naturellement n'y avoir per-

sonne ; d'ailleurs la patiente est sur le dos et couverte d'un drap. Lorsqu'on se sert du spéculum, on ne doit voir que le col de la matrice et le canal vaginal.

J'ai dit que pour l'exploration au spéculum, il n'y avait rien de mieux qu'une table garnie d'un matelas ou de couvertures pliées, et c'est littéralement vrai ; mais pour mes consultations particulières, j'ai une chaise qui m'a été d'un si bon usage, que j'en donne ici le dessin, afin que d'autres puissent en profiter.

Il y a douze ou quinze ans, M. James Holmes, de Charleston, S. C., se trouva dans la nécessité d'inventer ce qu'il appela « une chaise d'invalide ». La pa-

Fig. 6.

tiente, assise dans cette chaise (fig. 6), peut, avec la plus grande facilité et sans effort, donner à son corps, pendant un certain temps, une position qui tient le milieu

entre la verticale et l'horizontale. M. Holmes inventa cette chaise pour un proche parent, qui souffrait d'attaques prolongées de goutte, je crois, ou de quelque autre affection très-douloureuse. On en fait un grand usage en Amérique, et elle a même été introduite sur quelques lignes de chemins de fer, où l'on s'en sert comme lit de repos. J'entre dans ces détails parce que je ne veux pas m'en attribuer l'invention. Pour l'adapter à ma pratique, je lui ai donné vingt-quatre pouces de large au lieu de dix-huit, et trente pouces de haut au lieu de vingt-deux. J'y ai ajouté les pieds ou montants *a a* pour supporter la partie inférieure de la chaise, quand elle est étendue en forme de table à opérations (fig. 7); j'y ai mis aussi un cordon élastique *b*, pour ra-

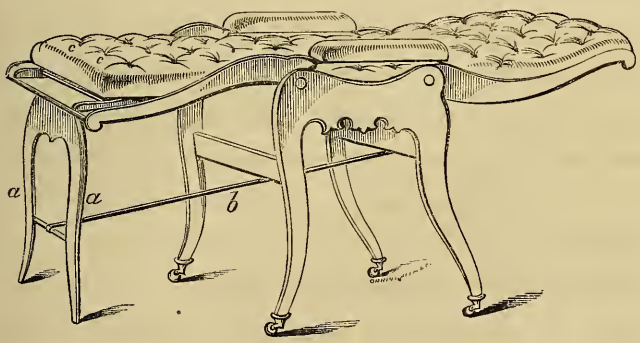

Fig. 7.

mener ces montants en arrière, quand on veut de la table refaire une chaise. Pour la pratique, je le répète, il n'est réellement rien de mieux qu'une table ordinaire;

mais telle malade qui s'assiéra dans la chaise sans éprouver d'agitation nerveuse, prendra l'alarme si on lui demande de monter sur une table. La patiente, une fois assise, est prévenue que la chaise n'est autre chose qu'une couche, sur laquelle elle est priée de s'incliner en arrière, afin que son propre poids l'étende horizontalement; on peut aussi, en cela, se servir de l'assistance de la femme de chambre qui se tient derrière la chaise. Je suis presque honteux d'entrer dans ces détails; mais je le fais pour mes jeunes confrères qui peuvent avoir besoin de connaître quelle importance il y a à ce que leurs malades sachent bien que tout ce qui se fait dans une circonstance aussi pénible pour une personne bien élevée, est commandé par un sentiment de délicatesse et de convenance.

Quand la malade, couchée sur le dos, repose sur la chaise déployée comme une table, on l'attire sur le bord inférieur *c c*, soit pour l'exploration manuelle, soit pour celle qu'on va faire au moyen du spéculum. Après quoi, elle est remontée au centre ou sur le siége de la chaise, les soutiens *a a* sont ramenés en dessous, et le meuble reprend presque de lui-même sa forme propre.

Pour l'exploration au spéculum, la patiente est couchée sur le côté gauche, les cuisses pliées à peu près à angle droit avec le bassin, la droite un peu plus remontée que la gauche; le bras gauche est rejeté en arrière du dos, la poitrine inclinée en avant, et le sternum mis presque en contact avec la table; l'épine dorsale est

ainsi complétement étendue, et la tête repose sur l'os pariétal gauche. Il ne faut pas que la tête soit fléchie du côté du sternum, ni que l'épaule droite soit élevée. En réalité, la position doit se rapprocher autant que possible de la position sur les genoux, et c'est pour cette raison que la malade est pliée en avant et qu'on lui donne une position renversée sur le côté gauche. La femme de chambre ou l'aide qui se trouve derrière la malade, relève le côté droit des fesses avec la main gauche ; puis le chirurgien introduit le spéculum, élève le périnée, et confie l'instrument à l'aide, qui le tient fermement de sa main droite dans la position voulue.

L'introduction du spéculum est une chose importante. Elle est faite à couvert, la valve étant guidée par l'index de la main droite, comme on le voit figure 8, dans le but d'empêcher la pointe de heurter le col utérin. On ne retire le doigt que lorsqu'on est sûr que le bout du spéculum a passé au delà du col, et qu'il est bien tourné en arrière vers le rectum. Si la patiente respire librement, le vagin se distendra immédiatement sous l'influence de la pression atmosphérique, et

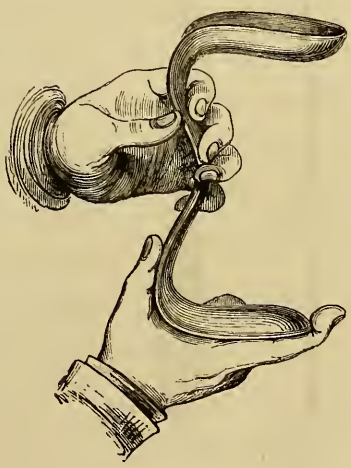

Fig. 8.

laissera voir le col de l'utérus, le cul-de-sac postérieur et la totalité de la paroi antérieure du vagin, sans qu'il en résulte ni traction, ni pression, ni souffrance. Mais il en sera autrement si elle s'alarme, si sa respiration devient saccadée, ou si elle se renverse. Quand l'utérus est en rétroversion, on découvre aisément le museau de tanche; il en est de même si la position est normale. Mais, s'il est complétement renversé en avant, et que le vagin soit étroit, il faudra nécessairement introduire un petit ténaculum dans la lèvre antérieure et le pousser doucement en avant, comme on le voit fig. 14, où se trouve représentée la manière d'introduire la tente éponge. Le ténaculum ne doit être que légèrement fixé à la membrane muqueuse. Il ne cause aucune douleur et ne provoque aucune perte de sang, à moins qu'il n'y ait beaucoup d'engorgement, et, dans ce cas, c'est encore là une chose insignifiante. Une autre méthode de démasquer le museau de tanche consiste à tirer le col en avant, au moyen d'une pression opérée dans l'intérieur du cul-de-sac avec l'instrument que j'appelle « dépresseur utérin » (fig. 10).

Fig. 9.

Fig. 10.

Je n'ai jamais connu personne qui, familiarisé avec cette manière d'opérer et avec ces instruments, voulût revenir à l'ancienne méthode.

Je ne dirai rien ici des autres instruments d'exploration, tels que sonde, tente, etc.; je les laisse pour le moment où nous aurons à parler du traitement.

CHAPITRE PREMIER

LA CONCEPTION N'A LIEU QUE PENDANT LA DURÉE DE LA VIE MENSTRUELLE.

Ce fait est si évident, qu'on pourrait passer outre sans s'y arrêter. Je ne sache pas que la conception ait jamais eu lieu avant l'apparition du flux menstruel. On a mentionné des cas où elle est survenue dans un âge très-tendre ; mais ils furent toujours précédés de l'apparition du signe que nous considérons comme la preuve de la capacité de concevoir. Je citerai pour exemple le fait suivant, qui est parfaitement authentique.

Le docteur Curtis, de Boston, ayant eu à porter son examen sur les particularités d'un cas de grossesse prématurée qui avait eu lieu dans la maison des pauvres de cette ville, raconte que « la jeune fille, nommée Élisabeth Drayton, devint grosse vingt-quatre jours avant d'avoir atteint sa dixième année, et mit au jour un enfant mâle, bien constitué, et pesant huit livres. Le père présumé de l'enfant était, dit-on, un jeune homme d'environ quinze ans. La mère, qui avait été réglée une ou deux fois avant la conception, jouit d'une assez bonne

santé pendant la grossesse; le travail de l'accouchement fut lent, mais tout à fait naturel (1).

La conception a pu s'effectuer dans un âge avanc et même après l'époque critique.

Un exemple de cette sorte s'est présenté à mon observation dans l'état de l'Alabama, en 1840. Une vieille négresse, qu'on disait avoir cinquante-huit ou soixante ans, devint mère, après avoir cessé d'avoir des enfants depuis plus de vingt ans. Je regrette beaucoup de n'avoir pas poussé plus loin mes investigations en cette circonstance; mais, dans ma jeunesse, je ne sentais pas tout l'intérêt qu'offre ce sujet. Aujourd'hui, je possède deux observations bien authentiques de parturition à l'âge de cinquante-deux ans.

Bien des femmes conçoivent sans avoir de menstrues, mais c'est toujours durant la période de la vie menstruelle. La plupart des accoucheurs ont sans doute rencontré des cas de ce genre.

Je connais une dame de trente-six ou trente-huit ans, qui est mère de six enfants, dont trois sont nés d'une seule couche, sans que le moindre signe de menstrues se fût montré dans l'intervalle des grossesses. Réglée peu de temps après son mariage, elle conçut immédiatement, accoucha heureusement à terme, et conçut de nouveau pendant qu'elle nourrissait; elle sevra son enfant, accoucha une seconde fois à terme,

(1) *Medical Times and Gazette*, avril 1863, d'après le *Boston Medical Journal*, 19 février 1863.

fut heureusement délivrée, et, durant ce deuxième allaitement, elle devint grosse une troisième fois. Elle promettait ainsi d'avoir très-promptement une grande famille; mais, malheureusement, après sa troisième délivrance, elle eut une maladie utérine qui mit obstacle à la conception pendant plusieurs années.

En 1859, nous avons vu, le docteur Emmet et moi, un cas encore plus remarquable que celui-là. Une des dames patronnesses de l'Hôpital des femmes me demanda de visiter une pauvre malade, sa *protégée*, qu'on supposait avoir une hydropisie des ovaires, hydropisie qui s'était développée si rapidement, qu'on appréhendait une issue fatale. A ma visite, la malade me dit que la tumeur avait commencé peu de temps après la naissance de son huitième et dernier enfant, qui avait alors douze ou treize mois. Elle était au lit, très-abattue, faute de nourriture convenable et suffisante, et très-épuisée par l'allaitement qu'elle continuait encore. On attribuait cet état au développement rapide de la tumeur. Je posai les mains sur l'abdomen pour le palper, et je découvris instantanément les mouvements d'un enfant. Je lui demandai si elle soupçonnait une grossesse; elle répondit que non, et qu'elle n'avait rien senti qui y ressemblât, bien que les mouvements de l'enfant fussent loin d'être faibles. Le toucher démontra que l'orifice de la matrice était dilaté de deux pouces, et que la tête de l'enfant se présentait. Le travail commença le lendemain, et, délivrée heureusement

par le docteur Emmet, elle donna naissance à un beau et vigoureux enfant. C'était sa neuvième couche dans l'espace de quatorze ou quinze ans, et elle dit au docteur Emmet que, pendant toute la durée de son mariage, elle n'avait été réglée que trois fois. Ainsi, nonobstant les idées qui ont cours dans la profession relativement à la corrélation des menstrues avec la conception, on trouve des anomalies qui, cependant, sont trop rares pour invalider la règle.

C'est une chose assez curieuse qu'une femme ait eu huit grossesses, et ait conduit la neuvième à terme, sans avoir eu le moindre sentiment des mouvements du fœtus. Il n'y avait évidemment aucune comédie de sa part, car elle passa rapidement du plus profond désespoir à la plus grande joie, quand on lui eut dit que sa tumeur n'était autre chose qu'un enfant, qui allait naître dans quelques heures. J'ai vu bien des cas de grossesse où les mères n'avaient aucune conscience des mouvements de l'enfant. J'en parle comme d'un ample sujet d'intérêt pour le corps médical; car une méprise dans le diagnostic, soit en méconnaissant la grossesse quand elle existe, soit en l'affirmant quand elle n'existe pas, compromet tout le corps professionnel, et blesse parfois l'honneur ou les intérêts des personnes qui ont été l'objet de notre erreur.

Une dame mariée depuis environ vingt-trois ans, sans enfants, commença à quarante-trois ans à constater de l'irrégularité dans ses règles. Ses médecins virent en

cela le début de l'âge critique, ce qui était sans doute vrai. Après quelques mois d'irrégularité, les menstrues cessèrent entièrement. Bien des femmes dans ce changement redoutent un mal quelconque, sous une forme ou sous une autre. Celle-ci craignait un cancer ; mais, au lieu de cela, ses médecins découvrirent une tumeur dans le bassin. Depuis longtemps elle faisait usage de l'iode, et des vésicatoires volants avaient été appliqués alternativement sur les régions iliaques ; mais, en dépit des agents les plus actifs, la tumeur continuait à grossir. La position était considérée comme désespérée, et l'on jugea qu'il était à propos qu'elle retournât au lieu de sa naissance pour y mourir au milieu des siens. A son arrivée à New-York, la malade se résigna à son sort et se prépara à une fin prochaine. Un mois s'était écoulé, lorsqu'elle céda aux conseils de quelques-uns de ses amis, qui lui persuadèrent de prendre l'avis d'un autre médecin ; c'est alors que je la vis. Il n'y avait pas la moindre difficulté à découvrir les mouvements, les pulsations d'un enfant, et, quand je lui dis que dans quinze jours elle aurait besoin d'une layette au lieu d'un linceul, et d'un berceau au lieu d'une bière, elle ne pouvait m'en croire. Pendant toute la durée de sa grossesse elle n'avait senti aucun mouvement.

Ici la méprise ne portait pas seulement atteinte à la considération du corps professionnel, elle fut encore pour le mari une cause de perte : engagé dans une affaire lucrative, il se vit forcé de la céder et de faire

à perte un long voyage à New-York, quand il eût fallu qu'il restât chez lui. J'ai vu plusieurs erreurs semblables, et cela depuis la publication du bel ouvrage de Kennedy sur l'auscultation obstétricale (1). Il est permis d'avoir des doutes jusqu'au cinquième mois de la grossesse, mais jamais après ; car alors les battements du cœur du fœtus deviennent, pour nous, un guide infaillible. Le docteur Routh (2), de l'hôpital de la Samaritaine, a découvert la grossesse, de la sixième à la treizième semaine, au moyen de son vaginoscope, qui, mis directement en contact avec le col utérin, indique le souffle placentaire beaucoup plus tôt que ne peut le faire le stéthoscope.

Les hommes les plus distingués dans la profession peuvent commettre aussi quelques méprises; mais alors elles sont le résultat de la négligence. En voici un exemple : Une dame de trente-cinq ans, mère de plusieurs enfants, avait une petite tumeur fibroïde sur un côté de la matrice. Son médecin, diagnosticien accompli, surveillait les progrès de cette tumeur, qui, pendant longtemps, sembla rester stationnaire. Je dois faire remarquer qu'à partir de l'époque où la tumeur fut découverte, la malade n'eut plus aucune grossesse. Les

(1) *Observations on Obstetric Auscultation; with Analysis of the Evidences of Pregnancy, and an Inquiry into the Proofs of the Life and Death of the Fœtus in Utero,* by Evory Kennedy M. D., etc. Dublin, Hodges et Smith, 1833.

(2) *On some of the Symptoms of Early Pregnancy,* by C. H. F. Routh, M. D., etc. Londres, T. Richards, 1864, op. 21.

choses allèrent ainsi pendant cinq ou six ans, lorsque l'abdomen commença à se développer, et, comme on le voit quelquefois dans les tumeurs ovariennes, les règles cessèrent. On prescrivit le bromure de potassium à l'intérieur, et, à l'extérieur, la teinture d'iode. Malgré cela, la tumeur continua de grossir, et le médecin qui voyait la malade me l'amena de la ville voisine. Je n'eus qu'à mettre les mains sur l'abdomen pour découvrir les mouvements de l'enfant, et l'emploi du stéthoscope nous permit d'entendre aisément les battements du cœur. Ici le médecin ordinaire, préoccupé de l'accroissement possible du fibroïde qu'il avait depuis si longtemps constaté, n'avait fait aucun examen complet depuis que l'abdomen avait commencé à se développer, et la malade, femme très-intelligente, déclara qu'elle n'avait pas un seul moment soupçonné sa grossesse, et que jamais elle n'avait senti le plus léger mouvement.

Pendant que je suis sur ce chapitre, je mentionnerai une classe de malades au sujet desquelles on fait parfois de graves méprises. Une femme hystérique, stérile, naturellement désireuse de progéniture, s'imagine être grosse; elle nie qu'elle ait ses règles, prétend sentir remuer l'enfant, et elle grossit, dit-elle, de plus en plus, jusqu'à ce qu'enfin, le terme arrivé, elle se mette au lit, éprouve quelques coliques irrégulières, et rien de plus. C'est là un cas de monomanie hystérique dont aucun médecin ne peut être responsable ; mais, s'il est appelé à donner son opinion, il doit prendre garde de se laisser

tromper par les artifices d'un « esprit malade ». Quelques jeunes femmes s'imaginent sincèrement être grosses, et des médecins, je suis fâché de le dire, s'abusent parfois jusqu'à entretenir leurs illusions, bien que les menstrues reviennent régulièrement chaque vingt-huit jours, et qu'elles poursuivent leur cours habituel.

Un exemple de ce genre eut lieu à Baden-Baden, il y a quelques années. Un médecin très-éminent, mort aujourd'hui, permit à sa malade de se tenir au lit pendant neuf mois pour prévenir une fausse couche, bien qu'en réalité ses menstrues revinssent régulièrement pendant tout le temps. A la fin du neuvième mois, on appela un autre médecin, qui déclara que la dame n'avait jamais été grosse.

Mais, s'il y a des femmes qui, pendant toute leur grossesse, ne sentent pas le moindre mouvement de l'enfant, il en est d'autres chez lesquelles on rencontre des faits très-opposés, surtout à l'approche de la cessation des règles. Une femme de quarante ans environ devient irrégulièrement menstruée, elle se croit grosse; bientôt elle sent remuer l'enfant : elle s'occupe de la layette, elle fait part à ses intimes de son état. Elle prend graduellement de l'embonpoint. Le temps de garder la chambre arrive; elle n'est pas tout à fait aussi grosse que dans ses anciennes grossesses, néanmoins elle ne peut se tromper : les mouvements réguliers et fréquents de l'enfant ne permettent pas de supposer un autre état.

Enfin, elle s'alarme du retard de la délivrance, et fait quérir son médecin, qui trouve, en effet, l'abdomen développé ; mais ce développement est dû à un dépôt considérable de tissu adipeux dans ses parois. Il passe le doigt dans le vagin, et découvre que l'utérus est dans un état complet d'infécondité; en outre, il est plus petit que de coutume, car le col est atrophié, et l'organe tout entier a subi la transformation qui s'opère toujours à l'époque de la ménopause.

J'ai vu plusieurs exemples de ces fausses grossesses, mais jamais chez une femme de moins de trente-huit ans, ou au-dessus de quarante-huit. Toutes avaient eu des enfants, et une grande tendance à l'embonpoint. C'étaient des femmes bien élevées, élégantes et de bon sens; mais le sentiment de leur grossesse avait agi si vivement sur leur esprit, qu'il était impossible de dissiper leur erreur.

Deux de ces dames revinrent me voir plusieurs fois dans le cours de la même année, prétendant que je devais me tromper. Je regrette aujourd'hui de les avoir congédiées si péremptoirement, car j'ai perdu là l'occasion d'étudier les progrès et la terminaison de cette folie des femmes arrivées à l'âge critique.

CHAPITRE II.

IL FAUT QUE LES MENSTRUES SOIENT DE NATURE A TÉMOIGNER DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

Menstruation insuffisante. — Si l'on me demandait ce qui constitue une menstruation normale, je répondrais : un flux de sang non coagulé, sans douleur, revenant par intervalles d'environ quatre semaines, durant trois, quatre, cinq ou six jours, n'exigeant pas plus de trois ou quatre serviettes dans les vingt-quatre heures. Il peut varier, en quantité aussi bien qu'en qualité, suivant l'état de santé du sujet. Il peut être faible ou surabondant, douloureux ou non, sans égard à la quantité. S'il a une durée de moins de trois jours, on peut dire qu'il est faible; s'il continue plus de six ou sept jours, il peut être regardé comme surabondant, mais pas toujours. Il peut être très-abondant et ne durer que deux ou trois jours ; comme aussi il peut continuer pendant douze ou quinze jours, et cependant être faible, et ne pas réclamer plus d'une serviette dans les vingt-quatre heures. On trouvera généralement l'explication de chacune de ces conditions dans quelques perversions de l'état organique normal.

La conception peut avoir lieu, que les menstrues soient

insuffisantes ou excessives. Mais l'un ou l'autre extrême ne lui est pas propice ; non que la somme de sang perdu soit par elle-même chose importante, si ce n'est comme indice d'une condition organique favorable ou non à l'accomplissement de cette grande loi de la nature.

Selon les idées modernes, le fluide menstruel n'est pas une sécrétion, mais une exsudation de sang provenant de la membrane qui tapisse la cavité utérine, lequel sang acquiert ses qualités particulières par son mélange avec les sécrétions du col et du vagin, à mesure qu'il les traverse.

On voit souvent des menstrues si faibles, qu'elles ne se continuent qu'un jour ou un jour et demi, et qu'une seule serviette suffit pour tout le temps de leur durée. On a supposé que, dans ces circonstances, l'ovulation était défectueuse, mais c'est là une pure hypothèse, car il peut ou non en être ainsi. Il faut admettre cependant que la menstruation est le signe de l'ovulation, puisque l'une et l'autre commencent et finissent simultanément. Avec l'ovulation, nous voyons l'utérus se développer soudainement et offrir un réceptacle propre au nouvel être. Avec la ménopause, nous le voyons au contraire revenir graduellement aux proportions exiguës qu'il avait avant la puberté.

Lorsque la menstruation est habituellement faible, si la malade n'a jamais eu d'enfants, on trouvera généralement l'utérus plus petit que d'ordinaire, le col un peu

allongé, induré, et, par suite, l'orifice et le canal cervical nécessairement étroits. Au contraire, si la patiente a eu des enfants, l'utérus sera plus volumineux; mais les antécédents pathologiques démontreront probablement qu'il a existé quelque maladie puerpérale d'un caractère inflammatoire, qui s'est résumée en une évolution imparfaite de l'organe. Dans l'un comme dans l'autre cas, je n'ai pas obtenu le bien que j'avais espéré des moyens chirurgicaux, tels que ventouses scarifiées appliquées au col, succion et lacération de la membrane qui tapisse la cavité utérine; tels enfin que le pessaire galvanique intra-utérin du professeur Simpson, qui semble avoir donné de très-bons résultats dans ses mains expérimentées, ainsi que dans celles de son élève, le professeur Priestly, de King's College Hospital.

Pour le traitement des maladies de cette espèce, je renverrai aux ouvrages spéciaux de Churchill, West, Herwitt, etc., etc. En même temps, le lecteur studieux ne négligera pas la méthode de faradisation, telle qu'elle a été enseignée et pratiquée par Althaus (1), de Londres, et Duchenne (de Boulogne) (2), de Paris; qu'il ne manque pas non plus d'étudier la courte monographie du docteur Chapman (3) sur l'emploi du chaud et du

(1) *A Treatise on Medical Electricity Theorical and Practical,* by J. Althaus, M. D., Londres 1859, p. 298.

(2) *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique,* par M. le Dr Duchenne (de Boulogne). Paris, 2e édition, 1861, p. 89.

(3) *Functional Diseases of Women,* etc., par John Chapman, M. D. Londres, Trübner and Co, 1863.

froid dans le traitement des maladies fonctionnelles de la femme.

Il est assez généralement reconnu aujourd'hui que l'électricité, judicieusement appliquée, constitue un emménagogue précieux chez les jeunes femmes dont la fonction menstruelle n'est pas encore complétement établie, en raison de la torpeur des nerfs vaso-moteurs des ovaires et de l'utérus. Elle a aussi été employée avec succès, lorsque les règles avaient disparu après une couche, ou à la suite d'un refroidissement ou d'une peine morale.

Menstruation excessive. — La surabondance des menstrues doit être appréciée non pas tant par leur durée que par la quantité de sang perdu et par les effets de cette perte. Quelquefois elles sont très-abondantes du commencement à la fin ; d'autres fois elles sont violentes pendant trente-six ou quarante-huit heures, puis elles se modèrent et deviennent normales. On jugera très-bien de la quantité de sang perdu par le nombre de serviettes employées. Trois ou quatre en vingt-quatre heures, c'est le nombre à peu près convenable pour une menstruation normale ; s'il est nécessaire d'en employer sept ou huit, c'est que le flux est surabondant ; et s'il en faut une douzaine ou plus, il y a alors ménorrhagie.

Dans le traitement de la ménorrhagie, il ne faut pas négliger les remèdes constitutionnels généraux. Quel-

ques médecins ont recours à la saignée, mais je n'ai jamais vu un cas qui justifiât cette pratique. Tous prescrivent les révulsifs, les toniques, les ferrugineux, les acides minéraux, le seigle ergoté, etc. Ce traitement réussit assez bien, tant qu'il est employé; mais il ne s'attaque pas toujours à la racine du mal, et il arrive souvent qu'il vous fait perdre un temps précieux.

Je sais parfaitement qu'on peut être en présence d'une ménorrhagie provenant d'une simple faiblesse, d'un allaitement trop prolongé, ou de quelque engorgement temporaire du système circulatoire; mais ces cas ne sont ni très-communs, ni très-opiniâtres. Dès qu'il y a quelque chose d'anormal dans la quantité du sang perdu à l'époque menstruelle, il y a toujours à cela une raison d'être; on la découvrira généralement, si l'on porte son attention vers le siége ou la cause de la maladie. Dans une épistaxis nous essayons d'arrêter le sang par les moyens les plus directs que nous possédions. Si les veines hémorroïdales saignent avec persistance, nous les attaquons avec l'écraseur, les ligatures, l'acide nitrique, le persulfate ou le perchlorure de fer. Pourquoi donc permettrions-nous à la matrice de perdre une quantité de sang démesurée, sans l'interroger à ce sujet? Je connaîtrais tous ces moyens généraux dont nous admettons l'efficacité, que, malgré cela, je ne négligerais jamais une exploration utérine, dans un cas invétéré de flux anormal; car, là où il y a une ménorrhagie ancienne,

il existe toujours une cause organique. Elle peut être due simplement à une érosion granuleuse, à un engorgement du col, à des granulations fongoïdes développées dans le canal cervical ou dans la cavité utérine, à des polypes de l'orifice, du col ou de la cavité, à une tumeur fibroïde intra-utérine ou intra-murale, à une inversion de la matrice, à une hématocèle ; ou bien elle peut être un signe de quelque dégénérescence de mauvaise nature : états morbides qui donnent tous naissance à l'hémorrhagie, et réclament chacun un traitement particulier.

Je me propose d'exposer, d'après l'expérience clinique, le traitement chirurgical de la ménorrhagie, suivant qu'elle provient de l'une ou de l'autre de ces sources.

Ménorrhagie résultant d'érosion granuleuse. — Un exemple suffira. Madame X..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament leucophlegmatique, était accouchée il y avait quatre ans et demi ; depuis lors sa santé n'avait jamais été bonne, et, fort épuisée par l'allaitement, elle avait dû sevrer son enfant à six mois ; ses menstrues, surabondantes, duraient huit jours ; outre cela, elle avait un peu de leucorrhée, des douleurs dans le bas-ventre, de la dysurie, etc. Comme elle ne pouvait marcher, il fallait la monter et la descendre. Anémique au plus haut degré, irritable, morose, hystérique, criant à chaque instant et à propos de rien, elle

avait suivi, d'après l'avis de plusieurs médecins et sans amélioration, le traitement constitutionnel et tonique habituellement prescrit. L'utérus, en position convenable, était plus volumineux qu'il ne l'est naturellement; les bords de l'orifice étaient couverts de nombreuses érosions granuleuses qui s'étendaient dans le canal cervical. Je touchai ces granulations avec l'acide chromique, qui est mon escharotique favori. Il est plus puissant que le nitrate d'argent, et d'ordinaire parfaitement inoffensif. Je me sers ordinairement d'une solution préparée avec 4 grammes de ce sel, qui est très-déliquescent, et 4 grammes d'eau distillée. Je l'applique sur les granulations seulement, au moyen d'une baguette de verre plein, effilée, pour qu'elle n'en retienne qu'une goutte ou deux. Cette solution ne cause aucune douleur; on peut la porter dans le canal cervical et plus loin. Ici elle fut appliquée jusqu'à l'orifice interne, deux ou trois fois, à des intervalles de douze à quinze jours. Une nourriture substantielle, mais sans aucun médicament, fut recommandée à la malade. En trois mois, les granulations et la ménorrhagie étaient guéries; trois mois après, la conception avait lieu, et la femme donnait naissance à un fils, au terme voulu!

Ménorrhagie résultant d'un engorgement fibreux du col. — Madame X..., âgée de trente et un ans, mariée à vingt-deux ans; deux enfants, le plus jeune de huit

ans; jamais bien portante depuis la dernière couche; menstruation anciennement anormale, mais, pendant les sept dernières années, revenant trop tôt et durant souvent jusqu'à dix jours, avec une extrême abondance. Cinq ou six mois avant que je la visse, elle avait eu ses règles pendant trois mois sans discontinuer. Je la trouvai exsangue et dans un état complet d'épuisement pendant les quatre ou cinq dernières années, elle avait eu un écoulement leucorrhéique. Je fus consulté autant au sujet de sa stérilité que pour sa ménorrhagie. Elle avait pris des ferrugineux, des eaux minérales, etc.; on l'avait aussi traitée localement avec le nitrate d'argent, pendant un très-long temps, sans bénéfice marqué. Le col utérin, dur et hypertrophié, était le siége d'un engorgement fibreux accompagné d'érosions granuleuses à la surface; la matrice était dans sa position normale; les lèvres de l'orifice, épaissies et indurées, étaient, par suite de leur hypertrophie, étroitement rapprochées l'une contre l'autre et fermaient ainsi mécaniquement l'ouverture, bien qu'elle fût assez large pour admettre une bougie n° 8. Je traitai par l'acide chromique les granulations de l'engorgement fibreux du col, qui guérirent en deux mois, mais sans que la tendance à l'hémorrhagie diminuât le moins du monde.

Une tente-éponge m'ayant permis de reconnaître qu'il n'y avait rien d'anormal dans la cavité utérine, je me déterminai à inciser l'orifice de la matrice. J'avais deux raisons pour cela. Premièrement, l'incision bi-

latérale de l'orifice utérin diviserait le tissu induré du col dans toute son étendue, jusqu'à l'orifice interne, ce qui réduirait probablement l'engorgement et diminuerait l'hémorrhagie. Secondement, elle séparerait les lèvres comprimées de l'orifice de l'utérus, de manière à permettre aux spermatozoaires de pénétrer dans sa cavité, ce qui rendrait la conception possible ; et si cela arrivait, j'espérais une révolution dans les fonctions nutritives de tout l'organe, et finalement une guérison parfaite.

En conséquence, l'incision bilatérale de l'orifice et du col fut pratiquée le 1er octobre 1860. Les plaies guérirent avant le retour du flux menstruel, dont la quantité fut, par bonheur, réduite de beaucoup ; il était même presque naturel. Au bout de trois mois, quand la patiente retourna chez elle, ses règles étaient normales. L'orifice de la matrice présentait une apparence toute différente de celle qu'il m'offrit au premier examen, puisqu'alors il consistait en une toute petite fente transversale (fig. 11), les surfaces opposées se trouvant étroitement appliquées l'une à l'autre. Au contraire, lorsque la malade me quitta, les deux lèvres opposées se tenaient entr'ouvertes, ce qui permettait à la semence de péné-

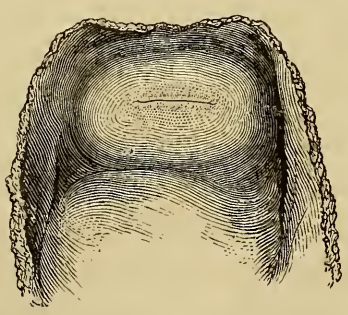

Fig. 11.

trer au fond de l'utérus. Neuf mois après, cette dame conçut, et j'ai appris depuis qu'elle avait heureusement mis au jour un très-bel enfant, après une stérilité acquise qui n'avait pas duré moins de neuf ans. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant, que le traitement chirurgical suffit ici à guérir tout à la fois la ménorrhagie et la stérilité.

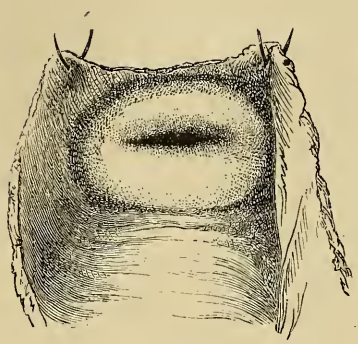

Fig. 12.

Ménorrhagie résultant de granulations fongoïdes. — Lorsque des brûlures anciennes ou d'autres ulcères chroniques refusent de guérir, nous voyons souvent la surface en suppuration s'élever au-dessus du niveau de la peau saine, et se couvrir de granulations, de fongus, etc., etc. Cette surface est ordinairement insensible, excepté, peut-être, sur ses bords, et souvent elle saigne dès qu'on la touche.

Cet état offre beaucoup de ressemblance avec celui que nous désignons ici sous le nom de « granulations fongoïdes », comme étant parfois la cause de la ménorrhagie. Ces granulations peuvent exister dans le canal cervical ou dans la cavité de l'utérus, et même sur ces deux points en même temps; mais il est plus commun de les rencontrer sur l'un ou sur l'autre isolément, et

peut-être plus fréquemment sur le premier que sur le second. En quelque endroit qu'elles existent, elles sont souvent la cause d'un accroissement du flux, auquel on peut remédier par un traitement local. Pour diagnostiquer leur présence, supposons un cas de ménorrhagie à explorer. Si le toucher démontre qu'il n'y a dans le vagin ni polype ni une autre cause à la maladie, il faut porter son attention du côté de la cavité utérine. La ménorrhagie tient-elle à un engorgement granuleux du col, le spéculum le fait reconnaître immédiatement; mais, si l'orifice et le col sont sains, on doit croire qu'elle provient d'un point quelconque du canal utéro-cervical. Anciennemént, nous avions des doutes au sujet de la pathologie de la ménorrhagie, mais aujourd'hui qu'il est facile d'explorer la cavité de l'utérus, et, par conséquent, de ne plus marcher à tâtons, nous pouvons traiter cette maladie avec intelligence, sinon toujours avec succès. L'éponge comprimée est d'une application chirurgicale fort ancienne; mais en thérapeutique utérine, elle est de date comparativement récente, et c'est au docteur Simpson, je crois, que nous en devons la généralisation : toutefois mes concitoyens, les docteurs J. P. Batchelder et W. C. Roberts, de New-York, ont traité très-habilement ce sujet dans leurs écrits. On doit trouver aujourd'hui les tentes-éponges chez la plupart des pharmaciens; celles que l'on voit dans les officines sont grandes, mal faites, couvertes d'une couche épaisse de cire, de suif ou de graisse. Elles sont

difficiles à introduire, et souvent elles glissent en partie du col dans le vagin, où elles excitent une irritation inutile. Pour être sûr de leur bonne confection, je les fais fabriquer sous ma surveillance. Elles sont si indispensables aujourd'hui, qu'on me pardonnera les détails minutieux que je me permets. Les médecins qui exercent dans les grandes villes peuvent facilement s'en procurer, mais les praticiens de la campagne n'ont pas toujours la même facilité ; c'est là ce qui doit me servir d'excuse, si j'insiste autant sur ce sujet.

L'éponge doit être de bonne qualité, mais ni trop douce, ni trop molle ; elle sera parfaitement nettoyée, mais non blanchie, car le blanchiment la prive de toute élasticité. On la taille en cônes d'un à deux pouces de long, quelques-uns plus petits, et d'autres beaucoup plus gros que le pouce. On passe un fil d'archal terminé en pointe, ou une alêne effilée, par le centre du grand axe de l'éponge, qui doit alors être entièrement imprégnée d'un mucilage épais de gomme arabique. On enroule ensuite un fil ou une petite ficelle autour de l'éponge, maintenue inflexible par le fil d'archal, en commençant par le bout le plus petit pour terminer au plus gros ; puis le fil d'archal est retiré, et la tente faite est mise à sécher. Si l'on est pressé, il faut la sécher au soleil ou au four, en prenant soin de ne pas endommager la texture de l'éponge par une trop grande chaleur.

Lorsqu'elle est bien sèche, le fil est déroulé, et les petites éminences circulaires qu'il a laissées à la surface

sont effacées en les frottant avec du papier de verre. Alors, on peut se servir de la tente, sans autre préparation. Les figures ci-dessous représentent la grandeur et la forme des tentes, telles que je les fais habituelle-

Fig. 13.

ment. Je ne leur permets jamais de se projeter de plus d'un huitième de pouce de l'orifice de l'utérus dans le vagin. Introduites sans corps gras, à l'exception d'un peu de suif qu'on met sur la pointe, elles abandonnent rarement leur position. Si, cependant, le col était disposé à les rejeter, on préviendrait ce petit accident en plaçant un plumasseau de charpie ou de coton au fond du vagin. J'ai vu bien des souffrances causées très-mal à propos par les tentes-éponges. Celles qu'on trouve dans le commerce sont trop grosses, et leur introduction sans le secours du spéculum amène toujours plus ou moins de douleur.

Voici la méthode qui m'est propre :

La malade étant sur le côté gauche, mon spéculum est introduit; l'orifice de l'utérus est attiré légèrement en avant et fixé au moyen d'un petit ténaculum accroché à la lèvre antérieure. En même temps, la tente, tenue par une pince, est doucement poussée dans le col à la profondeur

voulue; elle y entre avec facilité et sans produire la plus légère souffrance, surtout si l'on a soin, comme je ne

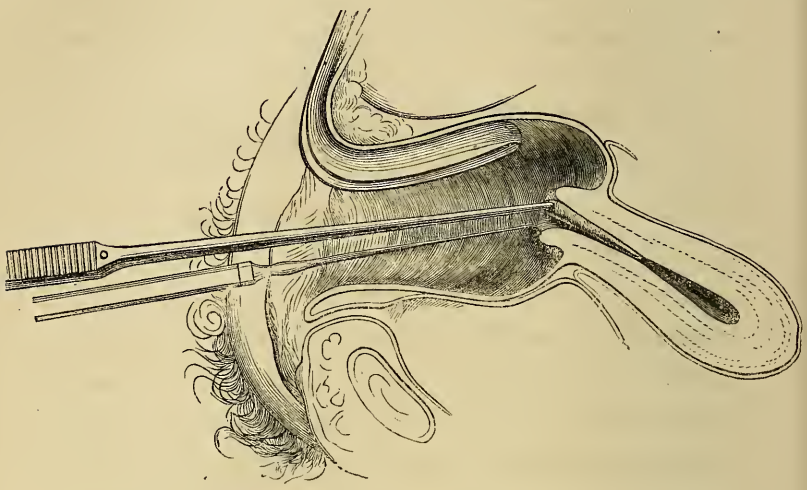

Fig. 14.

Dans cette figure, le spéculum élève la paroi postérieure du vagin; le ténaculum fixe l'utérus en s'y attachant à la lèvre antérieure, et la pince tient la tente, qui est introduite jusqu'à l'orifice interne.

saurais trop le recommander, de ne jamais placer une tente plus grosse que le canal qui doit la recevoir.

Quand on peut choisir son temps, on introduit la tente dans la matinée, sur les dix heures, ou même avant. On prévient la malade : 1° qu'il est possible que cette tente cause un peu de gêne, mais que cette gêne est ordinairement très-supportable; 2° qu'elle provoquera assurément un écoulement aqueux, impur et de mauvaise odeur, contre lequel elle doit se protéger, en changeant fréquemment de serviettes; 3° qu'une

nouvelle exploration sera nécessaire dans six ou huit heures, pour retirer la tente, et probablement pour en introduire une autre, si le col, insuffisamment dilaté par la première, ne permet pas le libre passage de l'index dans la cavité de l'utérus.

Toutes les fois qu'une seconde tente est nécessaire, on peut la laisser jusqu'au lendemain matin. En matière de diagnostic comme en thérapeutique, la tente constitue un agent précieux, mais on doit s'en servir avec précaution; aussi, quand il arrive que la seconde tente n'a pas suffisamment dilaté le col, il est sage, en général, de ne pas aller plus loin, et d'attendre quelques jours avant d'y recourir de nouveau. Si j'agis avec autant de circonspection, c'est que j'ai vu la métrite suivre l'usage imprudent de ce moyen. Les tentes du commerce sont armées à leur plus grosse extrémité d'un bout de ruban long de trois ou quatre pouces, qui aide à les retirer. Je n'emploie rien de semblable, parce que je tiens toujours à retirer la tente moi-même; car c'est là, en effet, une chose qui demande un certain soin.

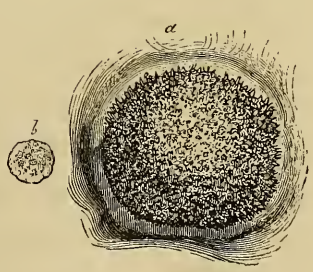

Fig. 15.

On doit placer la patiente sur le côté, comme pour son introduction; puis on applique le spéculum, et immédiatement on voit l'éponge projetée hors du col et dilatée dans la proportion de *b* à *a* (fig. 15). Elle est

imprégnée d'un liquide fétide, séreux ou séro-sanguinolent, qu'il faut enlever soigneusement. Après cela, on fixe fortement au centre de l'éponge une paire de pinces qui serviront bientôt à la retirer. La patiente se retourne alors sur le dos, la pince étant toujours attachée à l'éponge; puis on passe l'index de la main gauche dans le vagin, le long des tiges fermées de la pince, jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la tente. Celle-ci ne doit pas être brusquement enlevée; il faut au contraire y procéder avec douceur, en tirant d'abord d'un côté, de l'autre ensuite, en même temps qu'on soutient l'utérus avec l'index porté avec précaution, à droite et à gauche de l'éponge, pour la séparer de la membrane muqueuse du col, qui fait, pour ainsi dire, corps avec elle. Lorsque le pourtour de l'éponge a été bien dégagé, et qu'on la voit descendre un peu, on doit être tout prêt à pousser le doigt dans la cavité utérine, à mesure qu'on la fait sortir. L'enlèvement de l'éponge est toujours suivi d'un flux plus ou moins considérable de sang, qui témoigne d'une lacération du tissu. Le doigt peut franchir l'orifice externe avec assez de facilité, sans que, pour cela, il lui soit permis de dépasser l'orifice interne; il vaut mieux alors remettre à un autre jour une exploration complète que d'user d'une trop grande force pour y réussir. Mais si la seconde articulation de l'index franchit l'orifice externe, le bout du doigt est déjà dans la cavité de l'utérus; dès lors, tandis que le doigt se porte en avant et en haut, la main droite doit faire une contre-

pression au-dessus du pubis, et, saisissant le fond de l'utérus à travers les parois de l'abdomen, l'abaisser sur le bout de l'index gauche, comme on ferait d'un dé. Sans cette contre-pression extérieure, l'utérus fuirait nécessairement devant le doigt, qui atteindrait difficilement le fond.

Ce n'est pas sans raison qu'on place la patiente sur le côté, et que l'on emploie le spéculum pour examiner l'éponge avant de la retirer. D'abord, il est utile de savoir si elle est restée précisément où on l'a mise ; ensuite il est bon de voir quelle somme d'irritation utérine ou vaginale elle a produite ; enfin, comme elle a provoqué un écoulement désagréable, il convient de la nettoyer ainsi que le vagin, avant de commencer les manipulations exigées par une exploration complète de l'utérus.

Ces préliminaires une fois accomplis, on peut être tenté de retirer l'éponge pendant que la patiente est encore sur le côté, car tout paraît y inviter. Mais je dois spécialement prémunir le praticien contre cette tentation : d'abord, parce que, si l'éponge est retirée en ce moment, le vagin étant largement ouvert, l'air se précipite dans la cavité de l'utérus, et j'ai l'assurance que, dans mes premières expériences, j'eus plus d'une fois le malheur de voir survenir la métrite à la suite de cet accident. Ensuite, parce que le doigt ne peut être poussé assez loin dans la cavité utérine pour que l'exploration soit complète, à moins que la contre-pression extérieure ne soit faite avec l'autre main, ce qui n'est ni aisé ni

même possible dans une autre position que dans le décubitus dorsal.

Ayant souvent à recommander l'usage des tentes-éponges, je serai nécessairement forcé d'en reparler ; je regrette seulement qu'elles soient si désagréables à employer. Je ne m'en sers qu'autant qu'il m'est impossible de m'en passer, et je ne les applique jamais, sans m'excuser auprès de mes malades des effets ennuyeux qu'elles produisent.

Quiconque nous donnera quelque chose d'efficace, d'agréable et de peu coûteux, qui puisse être substitué aux tentes-éponges, celui-là rendra un grand service à la chirurgie. Je ne connais aucun succédané suffisant ; s'il en était autrement, je serais trop heureux de l'adopter. Mais j'en ai tant dit sur ce sujet, qu'il est temps maintenant de revenir aux « granulations fongoïdes », source de la ménorrhagie.

Pour montrer non-seulement la valeur diagnostique, mais la merveilleuse puissance thérapeutique de la tente dans ces affections, qu'on me permette de citer un exemple.

Madame ***, d'un tempérament nervoso-bilieux, âgée de trente-cinq ans, avait eu, jeune fille, des attaques de nerfs accidentelles et des menstrues pénibles. Mariée à vingt ans, elle était restée stérile. Après avoir eu la fièvre jaune en 1853, elle fut forcée de quitter le sud et d'aller à New-York pour sa santé. Depuis cette fièvre grave, la malade était atteinte d'une ménor-

rhagie, dont elle souffrait encore en 1857, époque où je la vis. C'est à peine si l'écoulement cessait huit ou dix jours dans le cours d'un mois. Il avait épuisé les forces de la malade, non qu'il fût journellement très-abondant, mais parce qu'il se prolongeait indéfiniment. La plus petite fatigue était insupportable; la moindre émotion produisait une syncope. Les tintements d'oreilles et les palpitations se reproduisaient à chaque instant, et les éblouissements étaient tels, qu'un oculiste fut consulté, mais il déclara avec raison que l'état des yeux était entièrement dû à la faiblesse de la santé générale. La malade avait pris sans succès des ferrugineux, des toniques, du seigle ergoté et des bains de mer. Dès que je la vis, en septembre 1857, je ne perdis pas mon temps à prescrire un traitement constitutionnel général qui aurait pu naturellement m'être inspiré par la situation, j'attaquai tout de suite l'organe malade. Le vagin était excessivement sensible au toucher, depuis l'entrée jusqu'au col de l'utérus. C'était évidemment le résultat de l'écoulement ichoreux séro-sanguinolent qui avait toujours lieu, quand l'hémorrhagie proprement dite venait à cesser. Il y avait rétroversion de l'utérus, avec hypertrophie de la paroi postérieure; l'orifice était très-petit, le col un peu long et terminé en pointe : particularités anatomiques qui expliquaient les symptômes qui précédèrent le mariage, et la stérilité qui en fut la suite. A en juger par l'histoire de la maladie et par le volume et l'état général de l'utérus, je m'atten-

dais à trouver un polype intra-utérin ; mais la tente-éponge, seule, démentit mes prévisions. J'aurais dû dire que l'irritabilité du vagin était si grande, que je ne pus me servir que du spéculum le plus petit, et que je fus obligé de recourir à des injections vaginales émollientes et à des applications de glycérine pendant plusieurs jours, pour rendre supportable une exploration à l'aide de cet instrument. Cela fait, une très-petite tente-éponge, d'un pouce de long à peine, fut introduite dans le canal cervical et gardée sans inconvénient pendant vingt-quatre heures. Elle était à peine assez forte pour donner à l'orifice de l'utérus une ouverture capable de recevoir une bougie n° 8. Toutefois la dilatation était suffisante pour me permettre de porter mes regards dans l'intérieur du canal, où je découvris la source du mal. La figure 16 représente les contours généraux et la position relative de l'utérus avant qu'on eût fait usage

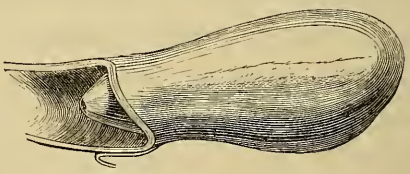

Fig. 16.

de la tente-éponge ; et la figure 17 montre une coupe verticale de l'organe après qu'elle fut retirée ; on voit aussi les végétations développées sur la surface postérieure du canal cervical. J'aurais pu enlever ces végétations avec la curette de Récamier ; mais je voulus élar-

gir le canal, et pénétrer plus avant dans la cavité de l'utérus, afin d'avoir plus de facilité pour appliquer la curette, et dans l'espoir d'extirper tout ce qui pourrait exister au-dessus de la partie visible. En conséquence,

Fig. 17.

j'introduisis une tente de deux pouces de long, assez grosse pour remplir entièrement le col déjà partiellement dilaté. Naturellement elle passa sur la masse de granulations fongoïdes, qu'elle réprima par sa pression. Je recommandai à la malade de revenir le lendemain. Sa demeure n'était pas à moins de cinq milles de distance de la mienne.

Le lendemain, au moment où elle allait partir pour venir me voir, une tempête furieuse l'empêcha de sortir, et, comme elle n'éprouvait d'autre incommodité que celle qui résultait de la mauvaise odeur de l'écoulement aqueux provoqué par la tente-éponge, elle se détermina à rester chez elle. Le surlendemain, le temps étant tout aussi mauvais (c'était l'époque de l'équinoxe), je ne revis ma malade que soixante-douze heures après l'introduction de la tente. Je n'ai pas besoin de dire combien j'étais inquiet : j'avais des craintes sérieuses sur les conséquences d'un séjour si prolongé. Quand j'en vins

à examiner le vagin, la puanteur de l'éponge était presque intolérable, et la malade me déclara que cette odeur fétide lui avait causé des nausées pendant plus de vingt-quatre heures.

Lorsque la tente fut retirée, ce qui n'avait pas été facile, il s'ensuivit une émission soudaine et abondante de sang d'un rouge clair. J'en fus tellement alarmé, que je n'osai recourir à la curette, de peur d'ajouter à l'irritation qui s'était produite dans les parties. Mais ce qui me causa une grande satisfaction, c'est qu'il n'y avait plus aucune végétation dans le col, autant du moins qu'on pouvait en juger par le toucher. Je m'opposai à ce que cette dame retournât chez elle pendant trois ou quatre jours, et je la retins à New-York jusqu'à ce que je fusse certain qu'elle avait surmonté les dangers, si toutefois il y en avait eu, du séjour prolongé de la tente-éponge. Je n'ordonnai aucun médicament, et ne fis rien de plus; je la renvoyai chez elle attendre le retour des menstrues. Celles-ci vinrent à l'époque voulue, et durèrent trois jours, au lieu de dix-sept ou dix-huit, comme auparavant; elles étaient naturelles, au double point de vue de la qualité et de la quantité. La guérison fut obtenue par la tente-éponge seule, en trois jours, et plus tard la malade devint mère.

Une tente-éponge est pour nous une sorte de mal nécessaire. Nous ne pouvons nous en passer. Il ne faut pas nier que si elle est puissante pour le bien, elle n'est pas moins puissante pour le mal. Une très-longue expérience

de son emploi dans les maladies utérines m'a pleinement convaincu qu'en aucune circonstance, nous ne devons l'appliquer dans notre cabinet de consultation.

En quelque temps qu'elle soit employée, la malade doit prendre le parti de rester pendant plusieurs jours dans son appartement, sinon dans sa chambre à coucher, n'en eût-on fait qu'une seule application. Dans la pratique de l'hôpital, je ne me souviens pas qu'elle ait causé un seul malheur, et cela uniquement parce que les malades ne sortent pas et ne sont point exposées aux vicissitudes du temps; tandis qu'à l'époque où, n'ayant pas encore acquis la connaissance de leurs propriétés nuisibles, je les appliquais dans mon cabinet de consultation, j'eus plusieurs accidents à déplorer. Cependant, avec des soins ordinaires, la tente est aussi sûre qu'aucun autre remède; et, depuis que j'ai adopté la méthode de traiter les malades du dehors comme celles de l'hôpital, en les forçant à garder le logis pendant tout le temps qu'il est fait usage de la tente, je n'ai eu aucun motif de me plaindre de cet agent. Cette nécessité me fut imposée par plus d'un cas semblable au suivant:

Madame ***, âgée de trente-quatre ans, mariée à douze, mère de trois enfants, le plus jeune âgé de cinq ans, avait toujours eu des menstrues un peu surabondantes; mais, depuis sa dernière couche, elles l'étaient devenues à l'excès, duraient dix à douze jours, et demandaient l'emploi de six ou huit serviettes par vingt-quatre heures, quelquefois plus. Elle avait aussi une

leucorrhée. Bien qu'elle fût de constitution pléthorique, elle commençait, malgré cela, à sentir les effets de cette perte extraordinaire. Elle avait été traitée localement et constitutionnellement, sans avoir obtenu d'amélioration.

L'utérus, légèrement renversé en avant, était volumineux ; son orifice ainsi que son col étaient couverts de granulations. Comme l'avait fait le médecin qui avait soigné la malade avant moi, j'essayai d'abord de guérir ces granulations. Dans le cours de trois mois, la leucorrhée et l'érosion granuleuse avaient disparu, mais le flux menstruel était aussi excessif que jamais. Je me déterminai alors à explorer la cavité de l'utérus, m'attendant à y trouver quelque excroissance fibreuse ou polypoïde, le corps de l'organe étant évidemment plus développé qu'il n'eût dû l'être. En conséquence, j'introduisis une petite tente, et recommandai à la malade de revenir le lendemain, ce qu'elle fit ; elle n'en avait éprouvé aucun inconvénient. La tente ayant été retirée, et remplacée par une autre plus longue et plus grosse, la malade retourna chez elle en voiture, à une distance de quatre milles. C'était en janvier, la terre était couverte d'une forte couche de neige. Elle vint me voir le lendemain, disant qu'elle avait eu des frissons la nuit précédente. Elle avait en effet la fièvre, et semblait être très-mal ; elle se plaignait de douleurs dans l'hypogastre, de nausées, etc. Je retirai l'éponge, sans faire aucune tentative pour explorer l'utérus. Elle s'en re-

tourna, eut une métro-péritonite qui la rendit gravement malade pendant plusieurs semaines ; heureusement, toutefois, elle se rétablit, mais sans jamais se remettre entre mes mains. Aujourd'hui, je suis convaincu que, si j'avais visité cette dame chez elle et lui avais appliqué le même traitement, elle n'eût pas eu la maladie dont elle fut atteinte, et qui fut évidemment causée par l'obligation où elle se trouva, pour aller et venir, de parcourir, en temps de neige et deux jours de suite, une distance d'au moins huit milles, outre la traversée dans le bateau de Brookly, chauffé peut-être à 80 degrés, alors que la température extérieure ne s'élevait pas à plus de 20° F. Pendant ce même hiver de 1858, j'eus à déplorer deux ou trois autres cas également malheureux. Je pris alors la résolution de ne plus employer les tentes-éponges chez les malades qui ont à marcher ou à se faire transporter. Depuis lors, je ne me souviens pas qu'il en soit résulté aucun accident ; c'est dire beaucoup en faveur de leur innocuité. Cependant je ne les emploie aujourd'hui qu'avec certaines précautions ; ainsi, quand je les connaissais moins que maintenant, je permettais invariablement qu'une tente restât en place vingt-quatre heures ; après l'avoir retirée, j'en introduisais ordinairement une seconde, qui devait être portée le même temps ; quelquefois une troisième était mise pour être conservée encore vingt-quatre heures ; mais généralement, et même presque toujours, je soumettais l'utérus à ce traitement pendant

au moins quarante-huit heures. Aujourd'hui, comme je l'ai déjà dit (page 55), le traitement ne doit pas durer plus de douze à vingt-quatre heures en tout.

Le pouvoir que possède la tente-éponge de modifier les surfaces utérines avec lesquelles elle est mise en contact est vraiment merveilleux. Elle dilate le col de la matrice ; elle l'amollit par sa pression et par une sorte de déplétion séreuse ; elle réduit la grosseur non-seulement du col, mais encore celle du corps de l'organe, s'il n'est que modérément hypertrophié ; elle détruit non-seulement les granulations fongueuses, mais de gros polypes muqueux ; et je l'ai vue, dans un cas, détruire entièrement un polype fibreux, aussi gros qu'un œuf de pigeon. Ce fait, il est vrai, fut accidentel, mais il démontre clairement ce que peut faire l'éponge par sa pression et sa puissance de capillarité.

Introduite dans le col, la tente en absorbe bientôt les humeurs, et se dilate. Elle cause en ce moment un peu de douleur, mais sans importance, car elle cesse ordinairement aussitôt que commence l'écoulement séreux ou séro-sanguinolent. Après quelques heures d'application, les pores de l'éponge et la surface avec laquelle ils sont en contact s'incorporent intimement. L'éponge s'introduit dans le tissu même du col, tandis que la membrane muqueuse pénètre dans les interstices de l'éponge, de sorte qu'il est assez difficile de séparer l'une de l'autre, si la tente a été portée pendant quelque temps. Lorsqu'on la retire, il y a nécessairement lacé-

ration du tissu avec lequel elle était incorporée. Cette surface lacérée guérit généralement en quelques jours, en effaçant toute trace de l'excroissance fongoïde et indolente originelle, qui donne naissance à la ménorrhagie. Ainsi, elle semble remplir de la manière la plus efficace le rôle de la curette de Récamier ; mais je ne prétends pas qu'elle puisse toujours la rendre indispensable.

La curette est simplement l'auxiliaire de la tente qui doit toujours en précéder l'emploi. Mais il est des cas où leur rôle change et où l'éponge devient l'auxiliaire de la curette ; c'est lorsque les granulations fongueuses siégent au fond de l'utérus : l'éponge sert alors à dilater le col, afin de rendre plus facile l'application de la curette.

Dans les cas de ménorrhagie réfractaire à tout autre traitement, Récamier introduisait sa curette dans la cavité utérine qu'il ratissait aussi complétement que possible. C'était avant qu'on fît usage des tentes-éponges. Aujourd'hui, nous dilatons d'abord le col, nous passons le doigt dans la cavité, nous nous assurons avec exactitude du siége de l'excroissance fongueuse, puis nous glissons la curette le long du doigt ; de cette façon, nous opérons avec beaucoup plus de précision.

La figure 28 représente la curette dont je me sers ; le manche est malléable et peut être courbé latéralement, ou en arrière, ou en avant, dans la direction des lignes pointées *a* et *b*. Elle peut donc être employée avec

une égale facilité sur toute partie quelconque de la cavité utérine.

Pour montrer avec quelle puissance l'éponge détruit les polypes muqueux, je choisirai un exemple, un seul, parmi beaucoup d'autres que je pourrais produire.

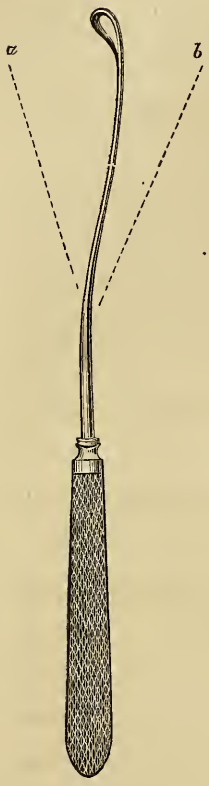

Fig. 18.

En novembre 1862, je fus consulté par une dame de Paris, qui, malgré toutes les apparences de la santé, était cependant stérile. Les menstrues avaient toujours été un peu surabondantes et duraient huit ou neuf jours.

L'utérus était renversé en arrière, et, ce qui pourrait sembler contradictoire, il était aussi antéfléchi. Qu'il me suffise, pour le moment, de dire que le canal cervical fut élargi par une incision bilatérale. L'opération fut faite en décembre 1863, avec l'assistance de sir Joseph Olliffe.

Les parties, comme d'habitude, guérirent avant les prochaines menstrues qui, cependant, ne furent guère influencées par l'opération, car elles suivirent leur cours ordinaire de huit ou neuf jours. Dès qu'elles furent passées, j'explorai le canal cervical, et, à ma grande surprise, j'aperçus le bout d'un polype muqueux, sus-

pendu dans le canal, comme on le voit sur la figure 19, *a*. Le matin, je poussai une tente-éponge dans le canal, au-dessus et au-dessous du polype. Dans l'après-midi, je retirai la tente et j'en plaçai une plus longue et plus

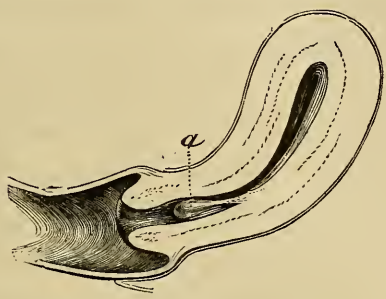

Fig. 19.

grosse, que je laissai jusqu'au lendemain matin. Quand celle-ci fut retirée, je ne retrouvai aucune trace du polype. Les menstrues devinrent immédiatement normales, et depuis il en a toujours été ainsi.

Cette propriété que possède la tente-éponge de détruire les excroissances polypoïdes a été accidentellement découverte à l'Hôpital des Femmes. Ce fut dans les circonstances suivantes : En 1856, une jeune femme, non mariée, entra à l'hôpital, atteinte d'une ménorrhagie qui l'avait conduite à un état complet d'anasarque. Le flux était presque continu, sans être cependant accompagné de souffrances très-grandes; une anémie profonde s'en était suivie, ainsi qu'une anasarque; le teint avait la couleur de la cire. On ne soupçonnait en aucune façon le caractère véritable de la maladie, et

nous convînmes, le docteur Emmet et moi, de donner à la malade une nourriture substantielle et des ferrugineux, mais les pertes ayant encore continué pendant plusieurs jours, une tente-éponge fut introduite. Au toucher, l'utérus ne semblait pas augmenté de volume e sa profondeur ne mesurait que deux pouces et demi. Le col était petit et son orifice étroit. Lorsque la tente fut retirée, je découvris un des plus parfaits spécimens de polypes fibroïdes que j'aie jamais vus. La figure 20 est destinée à faire connaître ses rapports et son point d'insertion.

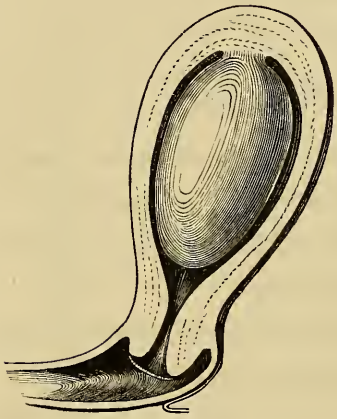

Fig. 20.

La découverte de ce polype me causa une grande inquiétude ; l'opération en était délicate, et j'aurais pu la faire à l'instant ; mais, désirant présenter ce cas au Bureau de consultation de l'Hôpital des Femmes, je résolus d'attendre jusqu'au lendemain, qui était le jour de réunion extraordinaire du Bureau. En conséquence, j'introduisis une forte tente-éponge, me promettant de la retirer le jour suivant et d'achever l'opération en présence du Bureau. Il arriva, par un hasard singulier, qu'il ne se réunit pas, et que la pauvre patiente fut complétement oubliée. J'avais attendu, pour retirer la tente,

la présence du docteur Emmet qui, de son côté, pensait que cette opération avait été faite par moi ; la garde elle-même, qui n'oubliait jamais une malade, supposa que nous l'avions laissée avec intention. Cependant, huit jours après, la garde me pria de porter mon attention sur la jeune femme à la tente-éponge, disant qu'elle pensait « que l'éponge était pourrie, car les autres malades de la même salle n'en pouvaient plus supporter l'odeur ».

On ne saurait s'imaginer la mortification que me causa cette négligence et la crainte où je fus qu'il n'en résultât des accidents sérieux pour la malade. Quoi qu'il en soit, elle fut bientôt sur la table à opérations ; elle ne se plaignait de rien, si ce n'est de l'odeur intolérable répandue par l'écoulement séro-sanguinolent qui n'avait pas cessé de se faire pendant toute une semaine. L'éponge et le tissu du col semblaient être complétement amalgamés, et il fallut passer le bout du doigt entre les deux et sur tout leur contour pour les désunir peu à peu, avant de retirer l'éponge avec les pinces. Je n'ai jamais fait une opération plus désagréable que celle-là ; la puanteur de l'éponge était telle, qu'elle provoqua des vomissements chez une des gardes. Une semaine auparavant, l'éponge n'ayant pas encore été introduite, la tumeur avait été soigneusement mesurée, et j'avais pu déterminer, sans difficultés, son volume, sa densité et son point d'insertion. C'était un polype fibreux, ferme, dense, à peu près de la forme que représente la figure 20,

mais un peu plus gros, et ayant son point d'attache au fond de l'utérus. On peut imaginer ma surprise, quand, en introduisant mon doigt dans la cavité utérine, après avoir retiré la tente, je ne trouvai plus vestige de la tumeur. La pression et le drainage opérés par l'éponge l'avaient complétement détruite. La malade se rétablit rapidement et revint bientôt à une santé robuste. Si précieux que soit le principe établi par ce résultat heureux, je n'oserais cependant pas en recommander l'application, comme règle de pratique dans le traitement des polypes fibreux; car le danger de la métrite que fait craindre le contact prolongé d'un tel irritant, et le danger plus grand encore de la pyémie, après la désorganisation des tissus, la rendraient vraiment trop chanceuse. Toutefois, on doit toujours se servir de la tente avec confiance pour détruire les excroissances fongoïdes et les petits polypes muqueux, ou de Naboth, quand on ne peut pas les extirper aisément d'une autre manière. Le docteur Emmet, chirurgien de l'Hôpital des Femmes, qui a poussé fort loin ses expériences au sujet de la tente-éponge, a la plus grande foi dans la sûreté de son emploi, comme dans son efficacité. Je l'ai vu répéter journellement ses expériences, et je lui ai souvent entendu dire que, dans le traitement de l'hypertrophie générale de l'utérus, il a, par ce seul moyen, obtenu plus en une semaine qu'il n'aurait pu faire par tout autre ou par tous les autres réunis, dans l'espace de deux ou trois mois.

J'ai parlé longuement de l'écoulement dégoûtant, occasionné par la tente-éponge. Pendant mon séjour à Baden-Baden, dans l'été de 1863, j'eus l'occasion de faire usage d'une tente chez une malade auprès de laquelle je m'excusai de ses effets désagréables. J'avais déjà employé pour elle les pansements à la glycérine, et comme la tente se montrait disposée à glisser, j'appliquai un coussinet de coton, saturé de glycérine de Price, sur le col de l'utérus, uniquement parce que je trouvais cela commode. Quand j'allai, dans l'après-midi, retirer l'éponge, ma malade me dit que l'écoulement n'avait aucune odeur désagréable, et je constatai, en effet, que le coussinet et la tente ne sentaient point mauvais. Depuis, j'ai souvent employé le coton comme désinfectant de l'éponge, et je l'ai toujours vu infaillible dans ses résultats.

La seule objection qu'on puisse faire à ce procédé, c'est qu'il empêche quelquefois l'éponge de se développer à son plus haut degré.

J'ai fait usage de tentes de *Laminaria digitata*, et j'en ai bonne opinion, mais elles ne pourront jamais remplacer entièrement la tente-éponge; car il est très-difficile de les retenir convenablement en place, et l'on est souvent forcé de les soutenir avec un tampon, malgré lequel elles s'échappent encore quelquefois; il leur faut, en outre, beaucoup plus de temps pour dilater le col. Toutefois, elles forment un supplément précieux à nos ressources chirurgicales, et nous devons de la recon-

naissance à feu le docteur Sloan (1), d'Ayr, en Écosse, qui nous les a fait connaître.

Le docteur Greenhalgh a apporté d'importantes améliorations à la tente de laminaire marine ; ce fut dans les circonstances suivantes : il ne savait comment se procurer une paire de pinces destinées spécialement à l'introduction de ces tentes ; l'idée lui vint d'en perforer le bout inférieur pour y insérer un stylet qui répondît au but qu'il se proposait. Mais il s'aperçut bientôt que la partie perforée se dilatait plus aisément et dans de plus grandes proportions que le reste. Ayant alors étendu la perforation à toute la longueur de la tente, il vit que celle-ci agissait plus rapidement et plus efficacement qu'auparavant. Jusqu'alors, les tentes du commerce étaient armées d'un fil noué autour de leur bout inférieur, afin de pouvoir les retirer plus facilement. Ce nœud nuisait à la dilatation, en empêchant l'expansion de la partie du tube placée au-dessous du point de constriction. Il fit alors attacher le fil sur un côté de la tente,

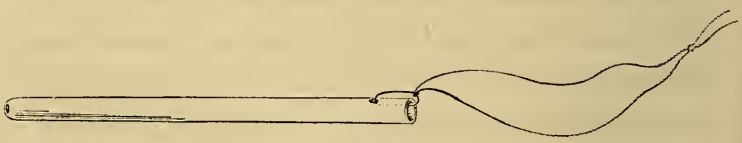

Fig. 21.

comme on le voit dans la figure 21. Je suis complétement d'accord avec le docteur Greenhalgh, quand il dit

(1) *Glasgow Medical Journal*, octobre 1862.

que la tente ne doit pas, en général, excéder deux pouces de longueur.

Préparée sur le modèle du docteur Greenhalgh, elle est beaucoup plus facile à retirer de l'utérus que la tente pleine; et, la partie perforée se dilatant en proportion de l'expansion de la partie solide, elle sert ainsi de canal et facilite l'écoulement des sécrétions de la cavité utérine. Malgré tout cela, j'ai le regret de dire que ces tentes ne remplissent par toutes les indications de la tente-éponge et qu'elles ne peuvent pas la remplacer complétement.

Ménorrhagie résultant de la présence d'un polype. — Après avoir parlé de la ménorrhagie comme conséquence d'érosion granuleuse, d'engorgement cervical et de granulations fongoïdes, nous arrivons à la considérer comme symptôme concomitant d'un polype. Les accoucheurs et les pathologistes ont décrit des polypes mous, durs, muqueux, glanduleux, celluleux, vésiculeux, fibrineux, fibro-celluleux, fibro-vésiculeux et fibreux. Ces diverses divisions sont anatomiquement et pathologiquement exactes; mais, comme je n'envisage ce sujet qu'au point de vue chirurgical, je préfère les classer topographiquement, c'est-à-dire non pas d'après leurs éléments constitutifs, mais uniquement selon leur lieu d'origine, ce qui, assurément, est la méthode la plus simple de classification. Ainsi je dirai que les polypes utérins sont naturellement divisés en trois classes :

1° Ceux qui croissent sur le museau de tanche ou aux environs ;

2° Ceux qui croissent dans le canal cervical ;

3° Ceux qui croissent dans la cavité utérine.

Les premiers peuvent être fibro-celluleux ou muqueux ;

Les seconds sont presque toujours muqueux ;

Les troisièmes sont presque toujours fibreux.

Je me propose de donner la démonstration clinique de ces subdivisions.

Dans la première classe, ils sont gros ou petits. S'ils appartiennent à la variété fibro-celluleuse, ils atteignent quelquefois un volume énorme. J'en ai vu qui étaient presque aussi gros que la tête d'un enfant à terme. S'ils appartiennent à la variété muqueuse, ils deviennent rarement plus gros qu'une noix et sont ordinairement un peu aplatis, par le fait de leur pression entre le col et la paroi opposée du vagin. Ces derniers semblent à la vue n'être qu'un amas de tissu fibro-celluleux et de vaisseaux sanguins. Les polypes qui croissent sur le museau de tanche sont généralement attachés à une de ses lèvres. Je ne saurais dire sur laquelle on les rencontre le plus généralement. Ils font souvent obstacle à la conception, mais pas toujours, car nos livres de médecine renferment de nombreux exemples d'accouchements compliqués et rendus laborieux par la présence de polypes très-volumineux, dont le développement, pendant la période de gestation, aurait été difficile à admettre.

Leur enlèvement est assez simple. On doit les couper

avec des ciseaux ou les supprimer au moyen de l'écraseur. Je sais que l'hémorrhagie fatale a pu suivre l'emploi des ciseaux, mais c'était avant que Pravaz eût fait connaître les propriétés styptiques du perchlorure de fer. Cette découverte fut vraiment une bonne fortune pour la chirurgie, et M. Deleau (1) a rendu un grand service en vulgarisant son usage.

Mais, malheureusement, c'est un remède incertain. Il contient souvent de l'acide libre, et alors il irrite la surface muqueuse du vagin. A New-York, cette préparation est si infidèle que les médecins en ont presque entièrement abandonné l'usage, pour y substituer aujourd'hui la solution de persulfate de fer (selon la formule du docteur Squibb, de New-York), qui paraît être tout aussi efficace, et qui n'a pas les mêmes inconvénients. A Paris, ne pouvant me procurer cette préparation, je fus obligé de revenir à l'usage du perchlorure styptique. M. Swan, pharmacien, rue Castiglione, me fournit des échantillons de perchlorure, qui devaient être neutres, mais qui produisirent des effets très-fâcheux sur l'épithélium vaginal; enfin, il se procura celui de M. Deleau, dont l'action fut ce qu'elle devait être, c'est-à-dire styptique et non irritante.

Nous supposerons un polype né sur la lèvre postérieure du museau de tanche, ayant un pédicule d'un demi-pouce de diamètre environ (fig. 22). S'il doit être

(1) *Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine*, par M. T. Deleau, docteur en médecine, etc. Paris, Adrien Delahaye, 1860.

enlevé par les ciseaux, préparez d'abord le styptique, en mêlant une partie de la solution de perchlorure de fer avec trois ou quatre parties d'eau distillée ; puis saturez-en des plumasseaux de charpie, ou, ce qui est mieux,

Fig. 22.

prenez du coton fin en carde, lavez-le bien dans de l'eau ordinaire, exprimez-en toute l'eau, puis trempez-le dans le mélange et pressez-le de nouveau, jusqu'à ce qu'il soit presque sec.

Lorsque tout est ainsi préparé, mettez la patiente sur le côté, appliquez le spéculum, saisissez le polype avec les pinces, tirez-le doucement en avant et coupez-le d'un seul coup avec des ciseaux convenables. Épongez un instant la surface coupée et appliquez-y vivement le tam-

pon de coton préalablement préparé, pressez-le fortement sur la plaie avec un porte-éponge (fig. 23). Cette pression renouvelée deux ou trois fois sur la charpie ou le coton styptique arrête presque instantanément l'écoulement du sang. Il est bon d'attendre un peu pour être sûr qu'il en est ainsi; on pose alors un tampon de coton sec sur le tout, afin de maintenir l'appareil en place. La malade est mise au lit, avec recommandation de rester couchée pendant un ou deux jours; et l'on a recours au cathéter, si la vessie a besoin d'être vidée.

Fig. 23.

Le lendemain, on retire le coton sec, en ayant soin de ne pas déranger le tampon ferrugineux mis en contact avec la plaie à laquelle il adhère fortement. Il est bon, en général, de ne l'enlever qu'au moment où il est détaché et rejeté par la suppuration qui s'établit deux, trois ou même quatre jours plus tard.

Lorsque, dès le lendemain de l'opération, on a retiré le coton sec, on doit le remplacer par du coton chargé de glycérine de Price, et renouvelée, chaque jour, jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée. Dans ce but, on prend du coton fin, autant qu'on peut en tenir aisément dans le creux de la main; on le plonge dans de l'eau tiède, en le pressant doucement sous l'eau jusqu'à ce qu'il soit parfaitement imbibé; puis, après l'avoir exprimé, on le sature de glycérine de Price, en le creusant au

centre et en le frottant avec le bout du doigt pour y faire pénétrer le liquide. Ainsi préparé, ce tampon glycériné, mou et pulpeux, doit avoir à peu près un pouce et demi de diamètre et un demi-pouce d'épaisseur.

Ce pansement à la glycérine est peut-être un peu coûteux ; mais je ne pense pas qu'il y ait rien qui puisse lui être substitué, et ses effets sont tels que je le regarde, en définitive, comme économique.

Le coton glycériné doit être appliqué journellement, jusqu'à ce que le premier appareil soit retiré ; après cela, on le continue plusieurs jours de suite, tant que entière la surface de la plaie n'est pas guérie.

La glycérine est regardée aujourd'hui par les praticiens comme un *addendum* très-précieux au domaine de la chirurgie ; et nous sommes redevables à l'esprit phylosophique et pratique de M. Demarquay (1) d'un traité complet où sont exposées les propriétés et les qualités de cette substance. Ce fut dans les circonstances suivantes que j'ai été amené, il y a sept ou huit ans, à en faire usage dans la chirurgie utérine. Je voulais appliquer à un engorgement granuleux un caustique quelconque ; mais n'en ayant pas sous la main, et me trouvant très-pressé, je cherchai autour de moi si je ne verrais pas quelque chose que je pusse lui substituer. Il me vint à l'esprit d'appliquer un tampon de coton imbibé de glycérine, dans le but unique de protéger l'ori-

(1) *De la glycérine et de ses applications à la chirurgie et à la médecine*, par Demarquay. Paris, 1863.

fice de l'utérus contre le contact de la surface opposée du vagin, qui était également couverte de granulations. J'avais remis au lendemain l'emploi du caustique; mais, quand ma malade revint, elle m'aborda en s'écriant : « Eh bien, docteur, quel effet pensez-vous que produirait le traitement d'hier? » Comprenant qu'il s'était passé évidemment quelque chose d'extraordinaire, je me trouvai hors d'état de donner une réponse satisfaisante; et elle continua : « Vous eussiez dû me prévenir; car, une fois de retour chez moi, mon linge était si mouillé que je dus en changer, et l'eau a ruisselé toute la nuit de telle manière qu'il m'a fallu porter des serviettes pour me protéger. » C'était là un fait tout nouveau pour moi, et, à l'examen, je trouvai le plumasseau de coton encore humide, parfaitement en place sur le col de l'utérus, qui, avec le vagin, avait une apparence propre, saine et notamment améliorée, comparativement à ce que j'avais vu le jour précédent. J'appliquai un autre appareil semblable, pour voir s'il produirait le même effet; ce qui eut lieu; et ces pansements furent répétés jusqu'à complète guérison. Depuis ce temps, j'ai employé la glycérine de la même manière dans toutes les opérations chirurgicales que j'ai eu à faire sur le col de la matrice, et dans d'autres cas de lésion organique. Ses effets sont très-remarquables; elle a une si grande affinité pour l'eau, qu'un tampon de coton saturé de glycérine et exposé à l'air peut retenir l'humidité pendant des semaines. Appliqué sur le col de la matrice,

comme je l'ai dit ci-dessus, il semble opérer une espèce de drainage capillaire et provoquer une décharge aqueuse, abondante, qui dégorge les tissus avec lesquels il est en contact et leur donne une apparence sèche, propre et saine. Lorsque, après être resté sur la surface en suppuration du col utérin pendant douze heures ou plus, un appareil de cette nature est levé, la plaie est aussi nette de pus que si elle venait d'être lavée ou essuyée.

On a beaucoup écrit sur le diagnostic des tumeurs polypeuses. Mon intention n'est pas de reprendre ici ce sujet; je dirai seulement qu'il est facile de trancher la difficulté, si l'on adopte ma méthode d'exploration; car, la malade étant sur le côté (ou sur les genoux, s'il est nécessaire), toutes les parties sont si parfaitement éclairées à l'aide de mon spéculum, que la moindre méprise est impossible.

Le docteur Graily Hewitt et le docteur Greenhalgh ont rapporté des cas où des médecins étaient restés dans le doute, et même, avaient pris un polype commun pour un carcinome. J'ai vu bien des cas de polypes muqueux, légèrement projetés hors du col, et traités pour des érosions granuleuses par des applications réitérées de nitrate d'argent. Il y a peu d'années encore, j'ai soigné une femme âgée de quarante-huit ans, fort affaiblie par des hémorrhagies prolongées, et qui présentait presque tous les traits de la cachexie cancéreuse. Elle n'éprouvait aucune des douleurs lancinantes

du cancer ; mais quand je vins à porter le doigt dans le vagin, je rencontrai une excroissance dure, bosselée, qui occupait la place du col et ne permettait pas d'arriver à l'orifice.

Lorsque le spéculum ordinaire fut introduit, cette excroissance en remplit l'aire, et le diagnostic resta douteux. Mais en faisant usage de mon spéculum, qui livrait le vagin largement ouvert à l'inspection, nous vîmes un polype de la forme d'un champignon, appliqué pour ainsi dire comme un chapeau sur le col de l'utérus (fig. 24). Le pédicule était court, et la tumeur s'adaptait si bien à la partie saillante du col, qu'elle était à peine mobile. Après l'avoir enlevée avec des ciseaux, on put voir que le museau de tanche n'offrait aucune trace de maladie grave.

Fig. 24.

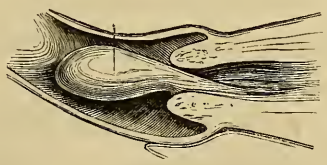

Fig. 25.

La figure 25 représente une forme très-fréquente de polype. J'en ai enlevé un semblable chez une dame qui

l'avait pris pour la matrice abaissée, parce qu'il s'avançait jusqu'à l'entrée du vagin. Lorsque je lui dis qu'il s'agissait d'un polype fibro-celluleux, elle se montra fort alarmée, ce qui tenait à ce qu'elle avait perdu une de ses servantes, à la suite d'une opération de polype.

Toutes les classifications sont plus ou moins arbitraires. Ce polype pouvait être rangé par quelques médecins dans ma seconde subdivision; mais comme il prenait indubitablement naissance sur la lèvre du museau de tanche, bien que quelques-unes de ses fibres eussent leur racine dans la membrane muqueuse du col, je l'ai mis dans la première classe.

On trouve souvent de petits polypes dans le canal cervical; leur grosseur varie entre celle d'un grain de blé et celle d'une petite fève; on les appelle polype de Naboth. (Voy. fig. 19, p. 69.)

Ils peuvent être détruits très-complétement par la pression mécanique d'une tente-éponge portée pendant vingt-quatre heures, ou extirpés avec des pinces, ou retranchés avec des ciseaux; c'est à ce dernier procédé que je donne la préférence.

On échoue souvent dans l'extraction des petits polypes muqueux ou vésiculeux, faute d'un instrument convenable.

Pour ces sortes de polypes, M. le docteur McClintock emploie une pince à fenêtre qui réussit fort bien. Une érigne ne saurait convenir ici, parce que leur tissu est si délicat qu'il est sujet à se déchirer. La figure 26

représente l'instrument de M. McClintoch. Il comprime le pédicule, tandis que le petit polype demeure intact dans l'ouverture. Pour les polypes plus volumineux, tels que celui de la figure 25 (page 83), Charrière m'a fait

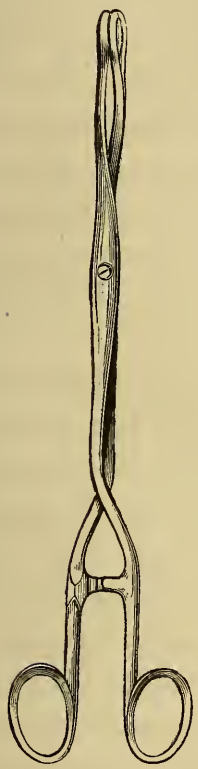

Fig. 26.

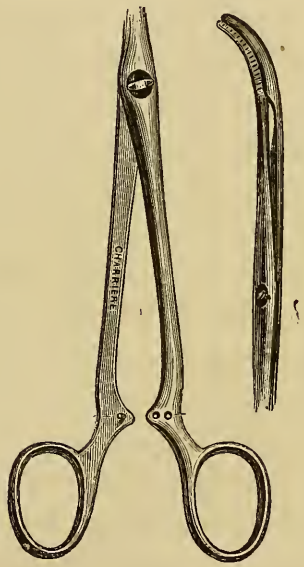

Fig. 27.

la pince représentée (fig. 27), avec laquelle on saisi le pédicule du polype, soit qu'on veuille l'arracher, soit qu'on préfère le couper avec des ciseaux.

Mais supposons qu'on désire supprimer un polype

par la torsion : pour que ce procédé soit parfaitement sûr, il est nécessaire que le pédicule soit long et mince, et que la tumeur puisse être aisément tordue. Ce procédé a été appliqué aux petits polypes de Naboth, ainsi qu'aux polypes fibreux intra-utérins qui n'avaient que de faibles attaches. Après avoir saisi le polype avec une pince fenêtrée s'il appartient à la première variété, avec une érigne s'il appartient à la seconde, on tord doucement de gauche à droite, en continuant ainsi jusqu'à ce que toute résistance ait cessé, et que l'excroissance séparée ait été retirée. Je ne me ferai pas l'avocat de cette méthode, qui n'est bonne que dans des circonstances très-exceptionnelles.

Il n'y a qu'un petit nombre de polypes qu'on ne puisse retrancher sûrement avec des ciseaux ; cependant on peut avoir des raisons pour ne pas vouloir y recourir. La malade, par exemple, peut être si épuisée par des hémorrhagies répétées et prolongées, qu'il y ait quelque danger à risquer la plus petite perte de sang ; ou bien on peut, obéissant à des principes théoriques particuliers, ne vouloir se servir d'aucune espèce d'instruments tranchants. C'est ainsi qu'à Paris plusieurs chirurgiens refusent souvent de faire la plus simple opération par coupure, quand il règne des érysipèles dans le voisinage, affirmant qu'une coupure nette est plus apte à produire l'érysipèle et même la pyémie, que la blessure lacérée produite par l'écraseur. Si nous nous trouvons en présence d'un polype trop formidable pour

l'enlever avec des ciseaux ou par la torsion, notre seule ressource alors est l'écraseur. Mais ce procédé est-il toujours très-sûr : sûr dans son action, sûr dans ses effets? Anciennement on passait une ligature autour du pédicule de ces tumeurs, on la resserrait de de temps en temps jusqu'à ce que la masse tombât en pourriture. Mais l'extraction d'un polype par ligature est réellement une opération dangereuse, d'où résultent assez souvent la pyémie et la mort; ce qui arrive rarement avec l'écraseur.

On a beaucoup abusé de cet admirable instrument, depuis qu'il a été introduit dans la pratique par son habile inventeur, M. le docteur Chassaignac. Il a été appliqué à presque tous les usages imaginables, et souvent là où il convenait le moins; par exemple, à la fistule anale, à l'enlèvement de simples tumeurs stéatomateuses, à l'excision du sein, à la lithotomie et même à l'amputation de la cuisse. Mais le temps approche, que dis-je? il est arrivé, où le vrai chirurgien lui rendra le rang élevé qu'il mérite, en limitant son usage aux opérations qui lui appartiennent en propre. On ne saurait en faire trop de cas pour l'ablation des tumeurs érectiles. Dans les salles de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, j'ai vu des cas où l'état morbide de la langue exigea le retranchement de cet organe; l'opération fut faite avec le plus grand succès à l'aide de cet instrument; les malades recouvrèrent la santé et la conservèrent longtemps après. J'ai vu, dans les mêmes

salles, plus d'un cas de cancer dans lesquels M. Chassaignac a retranché l'anus et une partie du rectum, opération qui eût été impossible par tout autre moyen. Une des malades opérées s'en est bien trouvée pendant plus d'une année.

Les cas dont je parle sont généralement rares, mais ils prouvent la valeur, l'efficacité et la sûreté de l'écraseur dans les circonstances les plus fâcheuses; c'est surtout à la suppression des hémorrhoïdes et des polypes utérins que cet instrument doit trouver son application la plus ordinaire et la mieux appropriée.

Plusieurs modifications ont été apportées à la chaîne de l'écraseur Chassaignac; M. Maisonneuve emploie un fil de fer solide mais malléable; le docteur Braxton Hicks réunit plusieurs petits fils d'archal en une seule corde, et d'autres (Charrière et Tieman) fixent un seul bout de la chaîne. J'ai essayé tous ces écraseurs, et je n'éprouve aucune hésitation à dire qu'aucun d'eux ne vaut, dans la pratique, l'instrument original de Chassaignac. Celui-ci tranche, en général, nettement, sans entraîner de longs fragments de tissu, qui nous laissent dans l'incertitude sur le moment où la tumeur est entièrement séparée, si comme cela se voit quelquefois, elle n'est pas soumise à nos regards. Chaque cliquet de l'instrument de Chassaignac mesure très-exactement l'étendue du point sur lequel passe la chaîne, et nous avertit quand il faut s'arrêter. La résistance que nous rencontrons en la serrant, nous indique le besoin d'agir

ou plus lentement ou plus fortement, suivant les cas. Chaque tour d'une vis, au contraire, que sa révolution soit entière, de la moitié ou du quart, nous laisse dans le doute et ne nous permet pas d'apprécier si notre action est trop forte ou trop modérée. En un mot c'est une force que le sens du toucher ne peut mesurer. Cela m'est parfaitement prouvé par ce fait, que je n'ai jamais brisé un instrument de Chassaignac, tandis que j'en ai brisé deux qui fonctionnaient par une vis. La même chose est arrivée dans les mains habiles des docteurs Graily Hewitt et McClintock.

McClintock, parlant de l'écraseur appliqué à l'opération des polypes utérins, dit : « J'ai senti généralement la nécessité d'amener le corps de la tumeur au delà de l'orifice génital externe, et cette nécessité même limite les cas où cet instrument peut être employé (1). » La difficulté de passer la chaîne autour du pédicule de la tumeur, tant qu'elle est dans le vagin, et celle plus grande encore de l'appliquer dans l'utérus, a été jusqu'ici le grand obstacle à son adoption universelle ; mais j'ai l'espérance que cette difficulté n'existe plus aujourd'hui. Je ne pense pas qu'il faille jamais tirer au dehors le polype pour l'écraser, ou qu'il soit nécessaire d'opérer une traction sur l'utérus pendant la manœuvre de l'écraseur. Voici ma manière de faire : La malade étant mise dans une position convenable, le

(1) *Clinical Memoirs*, etc., p. 171.

spéculum (fig. 5) sera introduit; nous pourrons alors voir complétement tout le vagin. Si la tumeur est dans cet organe, il n'y aura pas la moindre difficulté à appliquer la chaîne de l'écraseur; mais, pour le faire avec facilité, il deviendra nécessaire d'empêcher la chaîne de se replier sur elle-même, au moment où l'on essaye de porter sa bride au-dessus ou au delà de la tumeur. Ce fut là, pendant longtemps, une source d'ennui pour moi, jusqu'à ce qu'enfin, j'aie réussi à donner à la chaîne une fixité qui la rend très-facile à manier.

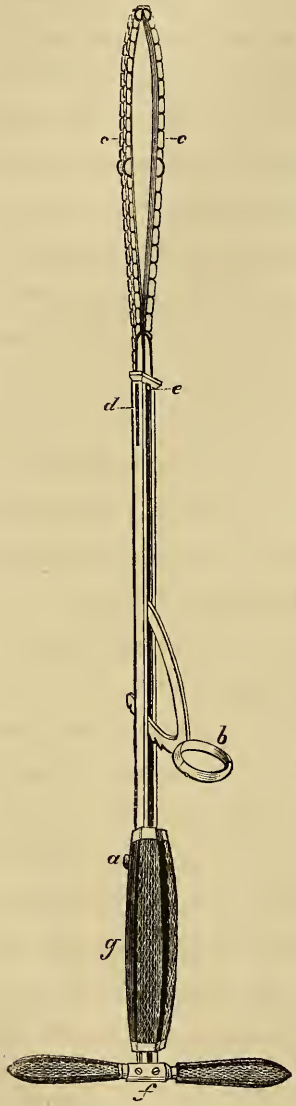

Fig. 28.

Si le polype est descendu dans le vagin, le fil de fer de M. Maisonneuve, ou la corde de fil d'archal du docteur Braxton Hicks, réussissent très-bien; mais, s'il est intra-utérin, et que le col soit contracté, on échoue ordinairement dans leur application, comme avec la chaîne de M. Chassaignac.

J'ai ajouté à l'instrument de

M. Chassaignac un porte-chaîne, assez semblable à une paire de pinces à dilatateurs avec branches flexibles, qui tendent la chaîne de telle sorte qu'elle peut être introduite directement dans le vagin ou dans la cavité utérine, aussi facilement qu'une sonde ou un porte-éponge. Après quoi la chaîne est déployée par les branches de ce porte-chaîne.

Le figure 28 représente l'écraseur avec son porte-chaîne tout prêt à être employé. Ainsi disposé, il est porté dans le vagin ou dans la cavité de la matrice; l'anneau *b* est alors poussé en avant et fixé au point voulu par la crémaillère qui traverse le manche de l'instrument; ce mouvement étend les branches flexibles du porte-chaîne et donne à la chaîne le développement convenable. Lorsque la chaîne est portée autour du pédicule de la tumeur, il suffit, pour ramener le porte-chaîne dans le manche de l'instrument, d'élever l'anneau *b* et de le tirer en arrière, en ligne droite, de trois ou quatre pouces, tandis que l'instrument est poussé en avant le long de la chaîne, absolument comme s'il n'y avait pas eu de porte-chaîne. Celui-ci ne doit pas être entièrement séparé de l'écraseur; il reste dans le manche, jusqu'à ce que l'opération soit finie (1).

La figure 29 représente le porte-chaîne détaché de

(1) Le mécanisme de cet instrument a été beaucoup simplifié depuis que je l'ai présenté à la Société d'accouchements, en décembre 1864, et que j'en ai publié une description dans la *Lancette*. Je suis redevable de ce perfectionnement à M. J. Mayer, fabricant d'instruments, 51, Great Portland Street.

l'écraseur, dans le but d'en montrer le mécanisme. Lorsque l'anneau *b* est poussé en avant, *e* étant un point fixe, comme le font voir les figures 28 et 30, les arti-

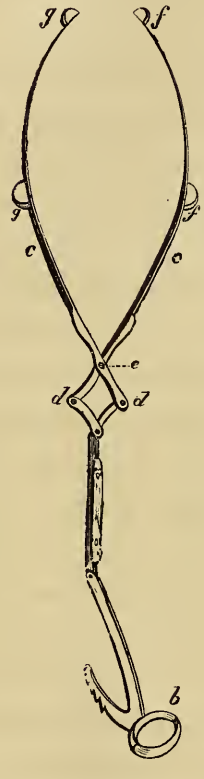

Fig. 29.

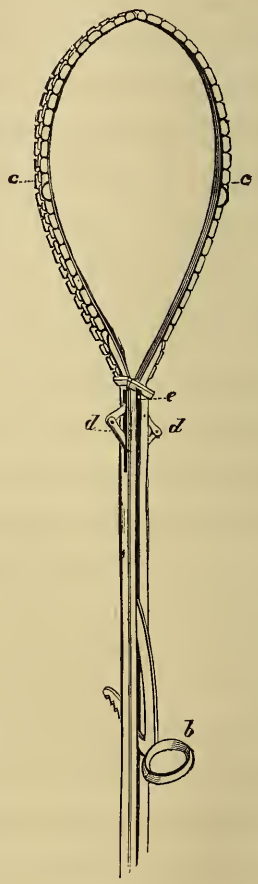

Fig. 30.

culations *dd* doivent nécessairement s'écarter en étendant les branches *cc*, qui retiennent avec sûreté la chaîne dans leurs oreilles *ff*, *gg*, et lui donnent tout

le développement voulu, comme le représente la figure 30.

La figure 30 montre les angles ou articulations *dd*, se projetant par les ouvertures pratiquées sur les côtés du manche. La seule chose nécessaire pour assurer la manœuvre parfaite de l'instrument, consiste en ce que le pivot *e*, représenté dans les trois dessins, soit tout à fait à l'extrémité de la rainure, au haut de l'instrument. Si, par hasard, il n'était pas à cette place, les articulations *dd* n'auraient pas la liberté de s'étendre et de se projeter excentriquement par les fentes latérales destinées à permettre ce jeu.

La chaîne est manœuvrée par une crémaillère logée dans le manche *g* (fig. 28). Lorsque le bouton *a* est poussé vers *d*, les dents de la crémaillère s'engrènent dans les entailles pratiquées aux côtés des deux longues tiges qui, partant de *f*, se prolongent dans toute la longueur de l'instrument; lorsque la crémaillère est dirigée vers *d*, les dents s'élèvent au-dessus de ces entailles, et la chaîne et le porte-chaîne peuvent librement être portés en haut ou en bas du manche, comme le piston d'une seringue. Cette partie de son mécanisme est absolument la même que dans l'instrument de M. Chassaignac, si ce n'est qu'elle est simplifiée, cachée à l'œil et nullement embarrassante pour l'opérateur.

Expliquons le principe de son application par une observation clinique :

En février 1863, le docteur Morpain, de Paris, m'in-

vita à opérer une de ses malades, qui avait un polype aussi gros qu'un œuf d'oie, se projetant en partie hors de la cavité utérine. La figure 31 représente sa posi-

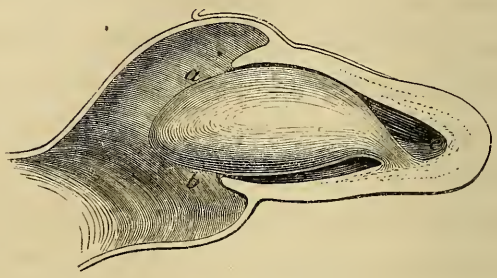

Fig. 31.

tion, ses relations et son insertion. Il suffit d'un coup d'œil pour juger de la difficulté qu'il y avait à passer une chaîne autour du pédicule d'une tumeur située de la sorte. La malade, couchée sur une table, fut placée sur le côté gauche, et, quand le spéculum fut introduit, le périnée et la paroi postérieure du vagin se trouvèrent relevés, de manière à laisser voir la tumeur représentée dans le dessin. On est grandement tenté, en pareilles circonstances, de saisir la partie saillante du polype avec une forte pince de Museux ou un ténaculum, et de l'attirer vers l'orifice externe. Mais ce n'est pas ce qu'il y a de mieux à faire, parce que la tumeur obstruerait l'entrée du vagin et gênerait à la fois les yeux et la main; j'ajoute qu'on obtiendrait difficilement, même dans les cas favorables, que l'orifice du vagin offrît une ouverture de plus d'un pouce et demi, de la partie pos-

térieure de l'urèthre au périnée, et que l'on a besoin de tout cet espace pour opérer. Ici, un petit ténaculum fut fixé à la tumeur, au point *a*, et le polype fut tiré doucement en bas et en avant contre la paroi antérieure du vagin. Il fut maintenu solidement dans cette position, pendant que la chaîne tendue de l'écraseur était portée au fond de l'utérus, le long de la surface postérieure de la tumeur, de *a* à *c*. Ce premier temps accompli, le ténaculum fut retiré, et la chaîne de l'écraseur, se développant dans la cavité de l'utérus, prit une étendue suffisante pour embrasser la tumeur. Cela fut effectué en implantant le ténaculum au point *b*, et en élevant l'extrémité de la tumeur vers la paroi postérieure du vagin, en même temps que l'écraseur était poussé dans la direction opposée. Ce mouvement mit la portion moyenne de la chaîne en parallèle avec la face antérieure de la tumeur, tandis que la bride, ou partie extrême, restait toujours stationnaire en *c*. Le pédicule était ainsi embrassé, et il ne restait plus qu'à tirer le porte-chaîne en arrière, en même temps que le manche de l'instrument était descendu sur la chaîne qui se resserrait étroitement. L'opération s'acheva alors aussi facilement que si la tumeur avait été entièrement hors du corps, et sans que la moindre traction ait été exercée sur l'utérus ou sur les organes environnants.

Cette opération fut faite avec l'assistance du docteur Morpain, de sir Joseph Oliffe et du docteur W. E. John-

ston. Depuis lors (février 1863), j'ai eu toutes sortes de raisons d'être satisfait du porte-chaîne, soit que le polype fût dans l'utérus, soit qu'il fût simplement dans le vagin.

Lorsque j'étais à Dublin, en août 1861, le docteur McClintock me pria de visiter, à l'hôpital de la Rotonde, une jeune malade qui avait un polype intra-utérin. Il était à peu près de la grosseur d'un œuf de poule, et tout entier dans la cavité utérine (fig. 32). Cette jeune

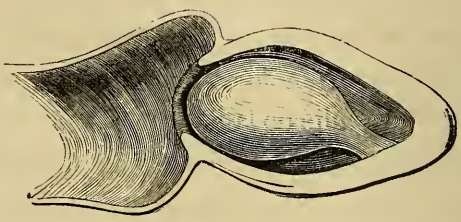

Fig. 32.

femme était vierge; le vagin, naturellement petit, n'offrait qu'une entrée fort étroite : toute manipulation était donc difficile. Nous réussîmes cependant à porter un fil d'archal sur la tumeur deux ou trois fois, mais chaque fois il se rompit, et, faute d'instrument convenable, nous fûmes forcés d'en rester là. Si nous avions eu alors l'instrument de M. Chassaignac avec le porte-chaîne, il y aurait eu comparativement peu de difficulté à enlever immédiatement cette tumeur.

Les polypes intra-utérins naissent au fond de l'utérus, ou sur les parois antérieure ou postérieure, mais plus

fréquemment sur la paroi antérieure. Je ne me souviens pas d'en avoir extirpé aucun qui eût une insertion latérale. Il m'est également arrivé d'en rencontrer un plus grand nombre sur la face antérieure que sur la face postérieure de la cavité utérine. Si l'observation établissait ce fait comme règle, ce serait très-heureux au point de vue chirurgical, car il est beaucoup plus aisé de passer la chaîne de l'écraseur autour du pédicule d'un polype fixé à la partie antérieure plutôt qu'à la partie postérieure, s'il est entièrement intra-utérin. Un exemple de chaque variété doit suffire à l'enseignement clinique. Le polype du docteur Morpain est un beau spécimen d'une variété; mais voulant indiquer les méthodes perfectionnées de la chirurgie moderne, je me permettrai de dire un mot d'un autre cas semblable.

En février 1860, une dame habitante des États orientaux me consulta au sujet de sa stérilité. Elle avait trente-deux ans, était mariée depuis dix et jouissait d'une santé générale très-bonne, mais elle avait une leucorrhée et elle ressentait quelques souffrances pendant les menstrues, qui n'étaient pas, d'ailleurs, surabondantes. L'utérus était en position convenable, plus volumineux, toutefois, que dans l'état naturel. J'introduisis une tente-éponge pour m'assurer de la cause de cet accroissement de volume. Quand elle fut retirée, le doigt passé dans la cavité de l'utérus découvrit un polype fibreux de la grosseur d'un œuf de perdrix, attaché à la face antérieure, comme on le voit dans la figure 33. Une autre tente-

éponge plus forte fut introduite, et, l'ayant retirée six ou huit heures après, je réussis à passer la chaîne de l'écraseur autour du pédicule, qui fut aisément et promptement détaché.

Fig. 33.

Ce cas témoigne puissamment du perfectionnement des méthodes actuelles d'exploration; car ici nous ne pouvions reconnaître la cause du développement de l'utérus qu'en passant le doigt dans la cavité de l'organe, après la dilatation du col. Assurément, sans l'usage des tentes-éponges, nous n'eussions pu, en aucune manière, diagnostiquer un cas pareil à celui-ci; mais aujourd'hui, nous déterminons avec la plus minutieuse précision, non-seulement la présence, mais le volume, la position, les relations et le point d'attache de toutes ces tumeurs. Avant l'emploi des tentes-éponges, si nous soupçonnions, d'après les symptômes rationnels, l'existence d'un polype intra-utérin, nous ne pouvions qu'attendre de mois en mois, quelquefois d'année en année, qu'il grandît et s'ouvrît une issue dans le vagin, jusqu'à ce qu'enfin il fût possible d'intervenir chirurgicalement. Mais aujourd'hui, nous levons tous nos doutes et nous ne temporisons plus; nous ne saignons plus nos malades jusqu'à ce qu'elles soient devenues exsangues et hydropiques; nous

allons immédiatement à la source du mal et nous le supprimons, dès que nous nous sommes assurés du lieu où elle se cache. C'est un grand pas de fait pour la chirurgie; et il n'est aucun homme mûri par une expérience de vingt ou trente ans, qui, s'il reporte ses souvenirs aux jours où règnaient le seigle ergoté et la canule de Gooch et compare ces agents aux tentes-éponges et à l'écraseur d'aujourd'hui, ne reconnaisse les progrès accomplis par notre noble profession.

Après avoir donné des indications cliniques au sujet de polypes qui croissent à l'orifice, dans le canal du col et sur la paroi intérieure de la cavité de l'utérus, je continuerai la série par des exemples de polypes nés au fond de l'utérus et sur sa paroi postérieure. Comme je l'ai dit ci-dessus, je ne me souviens d'aucun polype ayant une simple insertion latérale.

A. H., âgée de vingt-six ans, donna le jour à son unique enfant quand elle n'avait encore que quatorze ans, et, plus tard elle avait eu deux ou trois fausses couches, aux environs du troisième mois. Depuis plusieurs années, elle avait une ménorrhagie très-abondante, douloureuse, avec caillots, et qui durait ordinairement dix ou douze jours. Elle ressentait des tranchées violentes durant tout le temps du flux, et, chose assez singulière, ces tranchées étaient pires dans la matinée. Cette malade fut envoyée à l'hôpital des Femmes par le professeur J. C. Nott, de Mobile. La matrice, évidemment agrandie, occupait une position normale, et

l'orifice admettait le bout du doigt jusqu'à la profondeur de l'ongle. C'était précisément l'époque des menstrues, et un écoulement muco-purulent très-abondant s'échappait de la cavité utérine. Pendant longtemps, les souffrances de cette femme avaient été un mystère; une tente-éponge le dévoila en quelques heures : un polype fibreux était attaché au fond de l'utérus par un pédicule épais et court (fig. 34). Il était impossible, à cause de l'étroitesse comparative du canal, d'appliquer la chaîne de l'écraseur. C'était avant que nous eussions appris à substituer à la chaîne le fil d'archal. Au moyen d'une canule de Gooch, je passai un gros fil de pêcheur autour du pédicule que je séparai avec l'écraseur à vis. Il avait été difficile de trouver un fil assez fort pour trancher le tissu fibreux : une grosse corde de guitare, puis un cordon de soie avaient été rompus; l'écraseur de M. Chassaignac, armé de son porte-chaîne, eût fait disparaître tous nos ennuis.

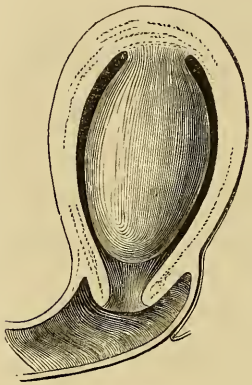

Fig. 34.

Jusqu'ici je n'ai parlé que d'opérations heureuses, mais il y en a qui sont suivies d'insuccès et même de mort. Heureusement, ces cas sont rares. J'ai opéré un grand nombre de polypes intra-utérins, tous sans accident, excepté dans deux cas, qui furent accompagnés

de pyémie. L'une des malades recouvra la santé, l'autre mourut. Cette dernière offrait un exemple de polype implanté sur la paroi postérieure par un pédicule court et fort épais. La malade avait environ soixante ans; je fus invité à la visiter par le professeur Metcalfe, de New-York. Elle était mère de nombreux enfants, parvenus alors à la maturité; elle avait cessé d'être réglée dix ou douze ans auparavant; mais pendant les trois ou quatre dernières années, elle avait eu des hémorrhagies alarmantes, qui l'avaient beaucoup affaiblie. L'utérus était volumineux, et son orifice était à peine assez large pour recevoir la pointe d'une sonde commune. Une petite tente-éponge fut introduite et remplacée, le lendemain, par une plus grosse. Celle-ci dilata suffisamment le canal cervical, mais l'orifice permettait difficilement l'introduction du bout du doigt et il avait aussi peu d'élasticité que s'il eût été serré par un fil d'archal. On ne pouvait, naturellement, tenter aucun autre effort; ce ne fut que huit ou dix jours après, que nous réussîmes à dilater le col, de façon à explorer la cavité utérine. Nous y trouvâmes un polype fibreux, dur,

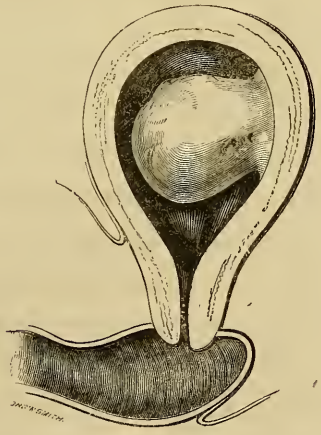

Fig. 35.

à pédicule épais et large, attaché à la paroi postérieure, près du fond de l'utérus (fig. 35). C'était en mai 1862. Je ne pus réussir à passer la chaîne autour du pédicule; quinze jours après, j'eus recours à une autre application de tentes-éponges, sans plus de succès. Malheureusement, la tumeur avait été fortement lacérée par les érignes employées à l'abaisser et à la fixer pendant qu'on faisait des efforts pour l'embrasser dans la chaîne. Deux ou trois jours après, un frisson annonça une fièvre inflammatoire, qui, malheureusement, se termina d'une manière fatale. Ici, une vie précieuse fut perdue, parce que notre art ne nous fournissait pas les secours chirurgicaux suffisants. Il y a toute raison de croire qu'avec l'écraseur, muni du porte-chaîne, comme il l'est aujourd'hui, nous eussions réussi dans nos premières tentatives.

Dans les cas analogues, où la malade est avancée en âge, il est souvent difficile de dilater l'orifice externe. La tente peut élargir le canal cervical, jusqu'à la grosseur du doigt, tandis que le museau de tanche ne s'élargit guère au delà du volume d'une bougie n° 10. Dans ces circonstances, si l'on essaye de faire pénétrer l'index dans le col, on sent l'orifice contracté, rigide et résistant, comme s'il était resserré par un fil d'archal. Alors, au lieu de répéter les tentes, il est plus sûr et plus à propos de diviser avec le bistouri les bords durs et bien déterminés de l'orifice; ce qui permet au doigt de passer de suite dans la cavité de la matrice. La figure

36, ci-contre, représente l'expansion relative d'une tente portée pendant six ou huit heures, dans un cas où le canal du col se dilata, tandis que le museau de tanche resta comparativement contracté : *a* est la partie cervicale ; *b*, la partie comprimée par l'orifice ; *c*, la partie vaginale.

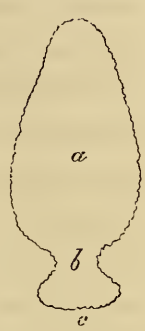

Fig. 36.

J'ai terminé la série des polypes que je m'étais proposé de donner comme types de cette maladie.

Il fut un temps où les femmes atteintes de pareilles tumeurs mouraient sans qu'on eût fait le moindre effort pour les soulager. Il n'en est plus de même aujourd'hui ; aucune opération délicate n'est plus facile ; aucune ne réussit mieux. On perd quelquefois un malade parce qu'on le croit si près de la mort que toute intervention ne ferait qu'accélérer l'issue fatale. C'est là une grande erreur ; car si, pour sauver une vie que menace une mort prochaine, nous assumons une grande responsabilité, et nous nous exposons à de grands risques, nous trouvons en cela même notre justification. Je crains que parfois nous n'hésitions à remplir notre devoir en nous adressant cette question : « Qu'en résultera-t-il pour moi si j'échoue ? » On a dit, en effet, d'un grand lithotomiste américain qu'il refusait souvent les secours de son art dans les cas dangereux, parce qu'ils auraient pu déparer la liste de ses incomparables succès.

En décembre 1861, M. Preterre, dentiste américain, à Paris, me demanda de visiter madame R., en consultation avec son médecin. Cette dame avait eu, pendant plusieurs années, une ménorrhagie qui l'avait réduite à un état d'affaiblissement extrême, aggravé encore par un abondant écoulement vaginal muco-purulent qui s'était prolongé pendant six ou huit mois, depuis que l'hémorrhagie avait cessé. Elle avait été visitée par plusieurs chirurgiens distingués de Paris, sans qu'aucun eût rien proposé pour son soulagement. Je trouvai l'utérus renversé en arrière et très-volumineux, son fond, s'étendant jusqu'à la cavité du sacrum, et semblant remplir la totalité de cette région. Il me suffit d'un coup d'œil pour soupçonner de suite qu'il ne pouvait s'agir ici que d'un polype ou d'une tumeur fibreuse. Le museau de tanche permettait l'entrée du bout du doigt; désireux de déterminer la nature du mal, j'opérai sur le col une pression légère, mais persistante pendant quelques minutes. Il céda peu à peu à cette pression, et le doigt, pénétrant dans l'utérus, me fit découvrir un polype fibreux, qu'une rétroflexion de l'organe retenait dans sa cavité. J'étais obligé de me trouver à Londres le lendemain, mais je promis de revenir à Paris dans la semaine, sans autre but que d'appliquer une tente-éponge et d'extirper le polype de madame R. Cinq ou six jours après mon départ, une dépêche télégraphique me fut expédiée, pour m'avertir que cette dame était beaucoup plus mal; qu'une consultation de médecins

avait décidé qu'il était maintenant trop tard pour tenter aucune opération, et qu'en conséquence il n'était pas nécessaire que je revinsse à Paris. Fort heureusement, la dépêche ne me parvint pas, et, à mon retour, je trouvai la malade dans un état complet d'épuisement. Du vagin s'écoulait avec abondance un flux séro-sanguinolent, dont la mauvaise odeur infectait l'atmosphère de l'appartement. Le pouls était faible et rapide; et la malade, dans un état profond d'anémie, présentait toutes les apparences d'un empoisonnement du sang. En passant le doigt dans le vagin, je le trouvai totalement rempli par un immense polype fibreux en état de décomposition. La mort arrivait évidemment par suite de l'absorption des humeurs fournies par cette masse fétide. A ma première visite, une semaine auparavant, cette tumeur était entièrement intra-utérine; mais, à ma seconde, elle remplissait le vagin. J'en conclus que son expulsion de la cavité de l'utérus était due aux contractions puissantes qu'avait provoquées l'introduction forcée de mon doigt, au moment de l'exploration, car le mal avait empiré à partir de ma visite. De temps en temps, la malade éprouvait des douleurs violentes, comme pour accoucher, puis elle retombait dans l'affaiblissement. Le pédicule du polype (ce qui a lieu le plus ordinairement) avait sa racine dans la paroi antérieure. Qu'y avait-il à faire? Il n'y avait, assurément, qu'un but à poursuivre. Si nous laissions cette énorme masse séjourner et se putréfier dans le vagin, la mort était inévitable. Son extirpation

immédiate offrait donc la seule et unique chance de salut. Ses médecins consentirent à son écrasement, qui prit dix ou douze minutes. Des lotions vaginales, du vin et un régime généreux, achevèrent bientôt la guérison. Si j'avais reçu le télégramme qui m'avait été adressé, cette dame serait certainement morte, et j'aurais été blâmé par ses amis d'avoir précipité l'issue fatale, d'autant que ma première visite avait été l'inauguration d'une nouvelle phase dans ses souffrances. Si je n'avais pas osé tenter l'opération, parce que la mort était menaçante, la malade eût été perdue indubitablement.

J'ai peut-être raconté ce fait avec trop de détails; mais il est de nature à encourager les jeunes gens à rester inébranlablement dans le sentier du devoir vis-à-vis de leurs malades, et à démontrer que l'extrême épuisement n'est pas un obstacle à une simple opération; car, effectuée par l'écraseur, elle n'offre aucun danger d'hémorrhagie, et fort peu d'un autre caractère.

Je n'ai pas l'idée du nombre de polypes que le docteur Emmet et moi avons extirpés à l'hôpital des Femmes et dans notre pratique particulière; le cas du professeur Metcalfe, ci-dessus rapporté, est le seul qui ait eu une issue fatale. Ce grand succès est certainement dû à ce que nous avons toujours employé l'écraseur ou les ciseaux. Il semblerait qu'avec ceux-ci l'opération est presque toujours sûre, tandis qu'elle est pleine de dangers, quand on emploie par la ligature.

Le docteur Graily Hewitt est complétement opposé à

la ligature, ainsi que beaucoup d'autres écrivains modernes. Le docteur McClintock a écrit très-savamment sur cette question (1). Il rapporte dix opérations par la ligature, dont trois furent fatales, et vingt-quatre par le bistouri, les ciseaux ou l'écraseur, sans qu'il en soit résulté une seule mort. Il ajoute, en outre, que « la mortalité a suivi, dans une très-grande proportion, l'usage de la ligature, dans les faits relatés par le docteur R. Lee; car, sur cinquante-neuf cas où elle fut employée, neuf femmes moururent, et chez deux d'entre elles la mort survint avant que la tumeur fût retranchée... Le docteur Lee donne trente-neuf autres cas de polypes extirpés par torsion ou par excision, sans qu'une seule mort soit survenue.

D'après cela, il me semble qu'il serait non-seulement téméraire, mais expressément blâmable, de recourir à la ligature, quand il existe quelque chance d'ablation immédiate par excision ou par écrasement.

Avant de me séparer de ce sujet, je dois dire que le docteur J. H. Aveling, de Sheffied, a ajouté un instrument précieux à nos ressources chirurgicales pour l'ablation des polypes. Cet instrument repose sur le principe de l'écrasement ; il est représenté par la figure 37. L'anneau *a* est relié à la projection *b* par une tige qui glisse dans une rainure pratiquée dans le manche, et qui est mise en mouvement au moyen d'une vis fixée à

(1) *Clinical Memoirs*, p. 183 à 186.

la poignée. La courbure *c* étant placée autour du pédicule, la partie *b* s'avance pour le séparer jusqu'à ce

Fig. 37.

qu'elle se perde entièrement dans la fenêtre ormée par la courbe de l'extrémité. Le docteur Aveling appelle cet instrument polyptrite. Il est décrit dans les *Transactions obstétricales*, vol. IV.

Ménorrhagie résultant de tumeurs fibreuses. — L'utérus est particulièrement sujet au développement des tumeurs fibreuses. Elles naissent à tout âge, après la puberté. On en voit chez des jeunes filles au-dessous de vingt ans, et chez des octogénaires ; leur grosseur varie depuis celle d'un pois à celle d'un enfant à terme. Elles ne sont pas dangereuses en elles-mêmes et elles ne nuisent que par leur action mécanique ; comme dans les cas, par exemple, où elles exercent une pression exagérée sur la vessie, le rectum, les veines ou les nerfs pelviens, ou bien encore lorsqu'elles occasionnent des hémorrhagies. Elles constituent fréquemment un obstacle à la conception, mais non d'une manière absolue et invariable. Elles sont classées selon leur genre d'attache aux parois de l'utérus, c'est-à-dire en

tumeurs fibreuses extra-utérines, intra-utérines ou intra-murales.

Les excroissances fibreuses extra-utérines naissent sur une partie quelconque de la surface externe de l'utérus; elles sont pédiculées ou sessiles, et, dans ce dernier cas, elles tiennent au tissu musculaire externe de l'utérus par une insertion large et inébranlable.

Les excroissances intra-utérines font saillie dans la cavité de la matrice, et, comme les premières, elles sont pédiculées ou sessiles. Ici, nous faisons une distinction en pratique, mais non en théorie, en appelant les unes polypes fibreux, parce qu'elles sont pédiculées, les autres tumeurs fibreuses, parce qu'elles sont sessiles; on porte remède aux unes avec assez de facilité, tandis que les autres offrent les difficultés les plus sérieuses.

Les excroissances intra-murales sont ainsi nommées parce qu'elles sont incorporées dans les parois de l'utérus, encastrées et enveloppées dans tous les sens par ses fibres musculaires.

C'est par leur action mécanique que les tumeurs fibreuses font obstacle à la conception : par exemple, elles peuvent renverser l'utérus en avant ou en arrière, et faire dévier son orifice de ses relations normales avec l'axe du vagin; elles peuvent refouler l'organe tout entier dans le bassin, de telle façon que la semence ne puisse jamais, même momentanément, se mettre en contact avec le museau de tanche; on en a vu qui comprimaient le canal de manière à former un obsta-

cle mécanique au passage de la semence ; ou bien encore il peut arriver qu'elles causent des hémorrhagies fatales à la vie du germe, même s'il a été vivifié. J'ai cependant rencontré, accidentellement, des cas de grossesses chez des femmes qui, pendant des années, avaient porté des tumeurs fibreuses d'un gros volume.

Sur 255 femmes qui, après avoir eu jadis des enfants, étaient devenues stériles, trente-huit, c'est-à-dire 1 sur 67/10, avaient des tumeurs fibreuses de différentes grosseurs et diversement situées. Deux de ces tumeurs étaient des fibroïdes de la lèvre postérieure du museau de tanche, les autres occupaient le corps de l'utérus.

Parmi celles-ci,

6 étaient pédiculées...	2 sur la paroi antérieure. 2 sur la paroi postérieure. 1 sur le côté gauche. 1 sur le côté droit.
20 étaient sessiles.....	2 sur le fond. 5 sur la paroi antérieure ; dont une très-volumineuse. 8 sur la paroi postérieure. 5 sur le côté droit ; aucune sur le gauche.
9 étaient intra-murales.	1 dans le fond. 7 dans la paroi antérieure. 1 dans la paroi postérieure, très-volumineuse.
1 intra-utérine.....	Très-volumineuse, suspendue à la paroi postérieure.

Sur 250 femmes mariées n'ayant jamais eu d'enfants, la stérilité était compliquée par la présence de

tumeurs fibreuses chez 57 ; ce qui donne une proportion d'environ 1 sur 4 3/10. Parmi celles-ci,

5 étaient pédiculées...	2 sur la paroi antérieure. 2 sur la paroi postérieure. 1 sur le fond.
21 étaient sessiles.....	8 sur la paroi antérieure, une s'étendant sur le côté droit, et une sur le côté gauche. 10 sur la paroi postérieure, une s'étendant sur le côté droit, et une sur le côté gauche. 2 sur le côté gauche. 1 sur le côté droit, et très-volumineuse.
31 intra-murales.....	3 dans le fond, dont une très-volumineuse. 23 dans la paroi antérieure, dont deux très-volumineuses. 5 dans la paroi postérieure, dont deux très-volumineuses.

Aucune intra-utérine.

Sur 100 vierges qui se sont présentées à la consultation pour une maladie quelconque de l'utérus, 24 avaient des tumeurs fibreuses, ou 1 sur 4 1/6. Parmi ces 24,

3 étaient pédiculées ...	2 sur la paroi antérieure, très-volumineuses. 1 sur la paroi postérieure.
5 étaient sessiles.... .	2 sur la paroi antérieure, dont une très-volumineuse. 2 sur la paroi postérieure, dont une s'étendant sur le côté gauche. 1 sur la paroi latérale droite, et très-volumineuse.
13 étaient intra-murales.	11 dans la paroi antérieure, dont 3 volumineuses. 2 dans la paroi postérieure.
2 intra-utérines.....	2 à la paroi postérieure, et très-volumineuses.

Un grand fibroïde implanté sur le sacrum.

Les polypes fibreux ne figurent pas dans ces chiffres, parce qu'ils ont été l'objet d'une étude séparée dans le paragraphe précédent. S'ils étaient compris ici, le nombre des fibroïdes intra-utérins en serait de beaucoup accru. Ce classement arbitraire est vicieux pathologiquement; mais il se justifie au point de vue de la pratique.

En résumé, sur 605 malades (100 non mariées et 505 mariées et stériles), 119 avaient des tumeurs fibreuses, grosses ou petites, adhérant d'une manière quelconque à l'utérus; c'est-à-dire à peu près 1 sur 5 1/2.

Un seul coup d'œil jeté sur le tableau suivant permet d'en embrasser l'ensemble.

De ces 119 *tumeurs fibreuses,*		Fond.	Paroi antérieure.	Paroi postérieure.	Latérale gauche.	Latérale droite.	TOTAL.
14 étaient pédiculées	»	1	6	5	1	1	14
46 étaient sessiles	»	2	15	20	2	7	46
53 étaient intra-murales	»	4	41	8	»	»	53
3 étaient intra-utérines	»	»	»	3	»	»	3
1 était sacro-utérine	1	»	»	»	»	»	1
2 étaient sur la lèvre postérieure du museau de tanche	2	»	»	»	»	»	2
Total	3	7	62	36	3	8	119

Ces chiffres prouvent la fréquence des excroissances

fibreuses dans leur relation avec l'utérus, chose établie depuis longtemps par West et d'autres. On peut voir que plus de la moitié du nombre total (62) étaient situées sur la paroi antérieure ou dans son épaisseur.

Ce tableau justifie encore le fait que j'ai avancé (page 96) en disant que les polypes intra-utérins (qui ne sont que des tumeurs fibreuses pédiculées) se rencontraient plus fréquemment implantés sur la face antérieure que sur la face postérieure de la cavité de l'utérus. J'établis seulement ce fait sans prétendre en expliquer la cause ou la raison.

Je donne ces détails parce que je les possède, et non parce que j'y attache beaucoup de valeur. Ces chiffres proviennent entièrement de cas observés dans la pratique particulière. Si j'ouvrais les livres de l'hôpital des Femmes, il est probable que cette statistique serait modifiée, mais seulement d'une manière relative. Heureusement pour mes malades, il n'y eut que 2 cas sur 119 qui furent confirmés par l'autopsie; leur diagnostic repose entièrement sur un jugement personnel, qui n'est infaillible chez aucun homme. Mais je puis dire, ce que je concéderais à tout autre, que les erreurs de jugement ne sont pas de fait, mais de degré : voici, par exemple, une tumeur fibreuse de la paroi antérieure; elle est aussi grosse qu'une orange de Sicile; quant à sa situation et à sa configuration générale, le doute n'est pas possible; mais il peut se présenter un cas où l'on soit embarrassé pour dire si la tumeur est

intra-murale ou purement sessile. Si les chiffres ci-dessus pouvaient varier en quelque manière, ce serait sous un rapport peu important comme celui-là.

Le diagnostic des tumeurs fibreuses est beaucoup plus sûr aujourd'hui qu'il ne l'était avant l'introduction dans la pratique de la sonde utérine du docteur Simpson. Il y a vingt ans, combien peu, parmi nous, pouvaient dire si l'utérus était en antéversion ou en rétroversion; si son accroissement de volume, au cas qu'il y en eût, provenait d'une simple hypertrophie de son tissu ou de quelque excroissance survenue dans l'organe lui-même ou dans son voisinage. Aujourd'hui, nous diagnostiquons les complications utérines avec la plus grande précision, et toutes à l'aide du toucher, de la tente et de la sonde.

En général, le diagnostic des tumeurs fibreuses n'est pas difficile. Nous sommes plus exposés à échouer dans la découverte des petites tumeurs que des grosses, encore est-il facile de reconnaître les plus petits noyaux sur la surface ou dans les parois de la matrice. Tout le secret consiste à savoir maintenir le corps de cet organe entre l'index de la main gauche introduit dans le vagin et la main droite étendue sur l'hypogastre, comme je l'ai expliqué page 11; de cette manière, chaque partie de sa surface est minutieusement explorée, et toute modification, dans ses dimensions normales, est mesurée avec précision.

Si l'utérus est déjà en antéversion, il n'y a pas la

moindre difficulté; s'il est en rétroversion, ou même dans sa position normale, il faut le ramener en avant, pour qu'il puisse se trouver sous le tact des deux mains. L'épaisseur des parois de l'abdomen peut vous laisser, pour un moment, dans quelque incertitude, mais, ordinairement, un second effort suffit pour la dissiper. Dans le cas où la malade, retenant son haleine, contracte les muscles abdominaux, on peut être forcé de l'éthériser; toutefois, il est rare que cela soit nécessaire. Mais supposons qu'on rencontre dans le bassin une tumeur grosse comme une petite orange, ou même comme le poing : est-elle dans l'utérus? sur l'utérus? ou tout à fait détachée de cet organe? La sonde employée avec les moyens de palpation, sert à déterminer la direction et la profondeur de la cavité utérine, et malgré cela on peut encore se demander si l'accroissement de volume est dû à quelque corps existant dans la cavité de l'utérus, dans ses parois ou sur son contour; ici, la tente-éponge doit venir à notre aide, car elle va nous permettre d'explorer la cavité par le toucher.

Admettons maintenant que nous rencontrions une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas. Nous nous ferons ces questions : Est-ce une rétroversion ou une flexion? Est-ce simplement une hypertrophie de la paroi postérieure? Est-ce un fibroïde interstitiel, sessile ou pédiculé? Est-ce un prolapsus d'un ovaire tuméfié? Est-ce un amas de pus, de sang ou de fèces? L'historique de

ce cas répondra probablement à la plupart de ces questions; mais l'application des principes d'investigation que j'ai déjà exposés, révèlera seule la nature réelle de la maladie. Il serait superflu d'entrer dans des détails plus minutieux, et je crois en avoir assez dit pour montrer à l'homme studieux que la connaissance positive du caractère du mal ne peut s'acquérir que par l'expérience réfléchie d'une pratique personnelle.

Pour démontrer les difficultés que présentent certains cas, bien qu'ils offrent des éléments de diagnostic réel, j'aurai recours à mon meilleur argument, la clinique.

Mistress....., du Texas, âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis cinq ans, était stérile. Ses menstrues étaient régulières, toutefois elles étaient douloureuses et duraient trois jours. Elle avait un peu de leucorrhée, mais l'objet de sa consultation était sa stérilité. Traitée par des professeurs distingués dans quatre de nos plus grandes villes, tous, sans exception, lui avaient dit qu'elle avait une rétroversion. A l'examen, je trouvai un état tout opposé, c'est-à-dire une antéversion complète, accompagnée d'une tumeur qui remplissait le cul-de-sac de Douglas et qui offrait au toucher, par sa densité et sa grosseur, l'apparence exacte d'une rétroversion de l'utérus, avec hypertrophie de la paroi postérieure. Mais, par la méthode de contre-pression simultanée des deux mains, je déterminai promptement la position, la grandeur et les relations de l'utérus et de la tumeur, comme on le

voit dans le dessin ci-contre (fig. 38). L'index gauche, après avoir exploré la partie antérieure *a*, fut porté en avant jusqu'au cul-de-sac postérieur *b*; puis les bouts des quatre doigts de la main droite, poussés fortement en arrière et en bas de *e* à *d*, abaissèrent les parois abdominales de leur ligne normale *c* dans la direction de la ligne pointée *ed*. Lorsque cette main eut pénétré dans cette direction aussi loin que possible, pour la commodité de l'opérateur et pour le bien de la patiente, elle dut se tenir solidement en place, tandis que l'index de la main gauche, au point *b*, travaillait à élever le col de l'utérus, comme pour mettre les points *b* et *d* en contact. Si l'utérus est renversé en avant, comme dans ce cas, son fond, poussé contre la paume de la main extérieure, au point *e*, se trouvera serré, pour ainsi dire, entre les deux forces opposées, et, mesuré avec précision, pendant que la même pression intelligente permettra de découvrir la présence de la tumeur *f*. Dans ce cas particulier, pour avoir encore plus de certitude sur ce point, l'index fut poussé en arrière, de façon à porter la paroi postérieure du vagin à *g*, où il put alors soulever la tumeur jusqu'à *d*, contre le bout des doigts

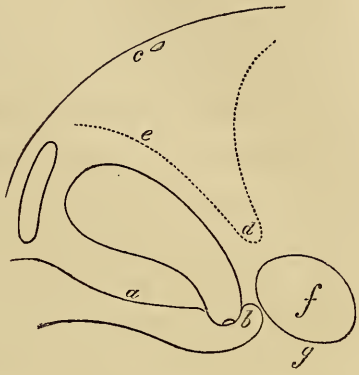

Fig. 38.

occupés, comme je l'ai déjà dit, à reconnaître le corps de l'utérus. Cet examen rendit les choses parfaitement évidentes; mais, pour renforcer ces faits, le doigt, introduit dans le rectum, confirma, sans rien y ajouter, ce qu'avait révélé l'exploration précédente. Une sonde fut aussi passée au fond de l'utérus; ce qui eût dissipé tous mes doutes, si j'en avais conservé.

Lorsque je fis connaître à cette malade le résultat de mon examen, elle le contesta en se fondant sur ce que cinq ou six autres médecins, jouissant d'un grand crédit, étaient d'une opinion opposée.

Je l'engageai à ne pas s'en rapporter à moi seul, mais à prendre d'autres avis, si elle le désirait, et je lui donnai les noms de nos accoucheurs les plus distingués de New-York. Deux ou trois jours après, elle revint m'annoncer qu'elle n'avait vu aucune des célébrités que je lui avais désignées, mais qu'elle avait consulté un autre médecin de beaucoup d'expérience dans le traitement des maladies utérines, et qu'il lui avait déclaré qu'elle avait indubitablement une rétroversion.

Bien que ce cas pût égarer un investigateur superficiel, il n'y avait rien de plus facile que son diagnostic par la méthode de palpation bi-manuelle. Combien de fois ai-je vu des explorations utérines se faire par le toucher vaginal seul! C'est là une grande erreur. Le toucher suffit pour déterminer les dimensions et les relations du vagin, ainsi que l'état du col et de son orifice; mais, dès qu'il s'agit d'autre chose, il est simplement

futile ; c'est tout bonnement marcher dans les ténèbres. La sonde utérine, employée uniquement comme agent de diagnostic, ne saurait être trop appréciée malgré tout ce qu'on peut en dire, d'ailleurs, comme redresseur. Si nous éprouvons des difficultés à déterminer la position, la grandeur et les relations de l'utérus par le toucher seul, la sonde ne faillira pas à nous en donner la profondeur et la direction. Si nous trouvons une tumeur quelconque en avant, en arrière ou vers un côté de la ligne occupée par cet organe en position normale, la sonde nous apprendra instantanément s'il s'agit ou non du corps de l'utérus.

Je n'emploie la sonde que comme moyen de mesurer la profondeur de l'utérus et pour savoir quelle est la direction de son fond. Dans ce but, je l'ai fait faire d'argent vierge, ou de cuivre épuré, argenté. Elle est aussi plus petite que la sonde de Simpson, et sans entailles ou marques. Elle est malléable, parce que dans presque tous les cas il est nécessaire d'en modifier la courbure. Elle est plus petite, pour la rendre universellement applicable, quelle que soit l'étroitesse ou la grandeur du canal ou de l'orifice interne. Elle est sans entailles et sans marques, afin qu'il soit plus facile de la tenir parfaitement propre.

Les deux figures 39 et 40 représentent la différence qui existe entre une sonde utérine d'argent ou de cuivre malléable et le redresseur ordinaire d'argent dur d'Allemagne. Elles donnent la grandeur exacte

de ces instruments, tels qu'on les trouve chez les fabricants.

La petite peut être courbée suivant la direction soupçonnée du corps de l'utérus, et jamais elle ne blesse, si

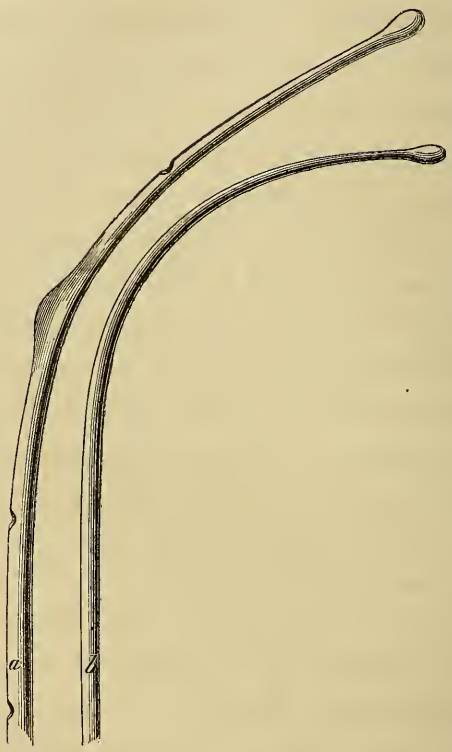

Fig. 39 et 40.

la courbure est convenablement faite. L'autre, forte et rigide, cause souvent de grandes souffrances, quelquefois parce qu'elle est trop grosse pour passer dans un canal étroit, mais plus souvent parce qu'elle est pous-

sée avec force dans une fausse direction. Jusqu'au jour où j'ai modifié cet instrument pour en faire une simple sonde, je craignais toujours d'en faire usage, chaque fois que je soupçonnais une antéflexion. Mais aujourd'hui le diagnostic du cas le plus fâcheux d'antéflexion, accompagnée de dysménorrhée, est aussi facile et aussi peu douloureux que celui d'une ancienne rétroflexion avec élargissement du canal.

J'ai souvent rencontré de grandes difficultés avec la sonde d'argent Allemand, et je n'exagèrerais pas en disant que j'ai vu en consultation une vingtaine de cas où des médecins m'assuraient qu'il était tout à fait impossible de passer la sonde. J'ai éprouvé et vu autour de moi tant d'ennuis à ce sujet, qu'on me pardonnera ces détails minutieux.

Les cas qui nous donnent ordinairement le plus d'embarras sont ceux d'antéflexion complète avec fibroïde dans la paroi antérieure. Un seul de cette classe me servira d'exemple. Admettons que la figure 41 représente une antéflexion avec fibroïde, *a*, gros comme une amande, dans la paroi antérieure. Si nous essayons de pousser la grosse sonde d'argent Allemand au fond de l'utérus, elle sera inévitablement arrêtée à *b*, quand bien même

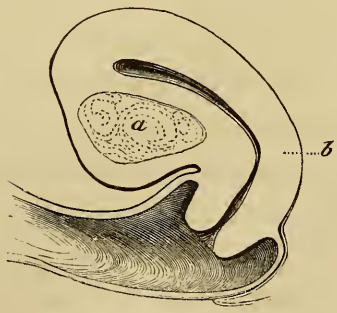

Fig. 41.

nous élèverions adroitement le fond avec l'index pour redresser l'organe, au moment où nous faisons des tentatives d'introduction.

J'ai vu des cas où la souffrance produite par cette sonde était si excessive qu'il était difficile de décider la malade à permettre une seconde introduction ; tandis que j'ai souvent, dans ces circonstances, passé le petit instrument malléable, sans que la patiente se fût aperçue que l'opération était faite. Nous ne devons jamais faire aucun mal, si nous pouvons l'éviter, pas plus que nous ne devons, par négligence, ébranler le système nerveux d'un être si délicat, particulièrement quand l'organisme est devenu, par l'action de la maladie, à ce point irritable que la malade s'exagère, jusqu'à le trouver insupportable, le moindre mouvement, ou même le plus léger bruit.

La sonde utérine est précieuse en ce sens qu'elle nous indique la direction du fond de l'utérus ; mais nous ne pouvons plus compter sur elle seule pour en mesurer la profondeur, si cette profondeur excède quatre pouces, par la raison bien simple que la courbure nécessaire pour qu'elle passe par les axes pelviens la ferait heurter contre la paroi antérieure de l'utérus, avant qu'elle pût atteindre le fond, si celui-ci était à six ou huit pouces de profondeur.

Prenons un exemple. Une femme, âgée de trente-cinq ans, mère de deux enfants, avait été pendant plusieurs années sujette à la ménorrhagie. L'abdomen

était presque aussi volumineux qu'au terme d'une grossesse. La palpation révéla que cet état se rattachait à la présence d'une énorme tumeur entièrement utérine, ou utéro-ovarienne, ce qu'il fallut déterminer par une

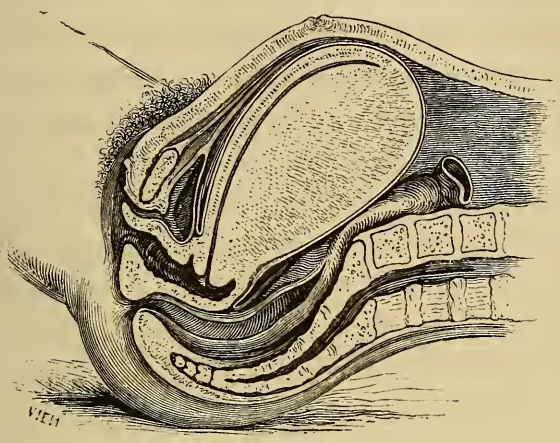

Fig. 42.

exploration physique. La figure 42 justifie le diagnostic porté.

La sonde utérine introduite pénétra de quatre pouces, et vint se heurter contre la paroi antérieure de l'utérus, au niveau du bord supérieur du pubis. Mais était-ce bien là toute la profondeur de l'organe? Une bougie de gomme élastique dut préciser le fait. A la suite d'un léger effort, elle pénétra de plus de onze pouces dans la cavité de l'utérus, mesurée à partir du museau de tanche. Il n'est pas toujours facile de passer une bougie. Si elle est assez forte pour ne

pas ployer sur elle-même, il lui est impossible de franchir un passage étroit ; alors, il peut y avoir là une cause d'erreur ; si elle est trop petite, elle se replie dans le vagin, et il lui est difficile de passer outre. Pour éviter ces inconvénients, il faut prendre une bougie n° 6, quelquefois une plus petite, dans laquelle on passe un fil d'archal légèrement courbé à son extrémité, comme on le voit dans la figure 43. On introduit cette bougie

Fig. 43.

dans l'orifice utérin, et, d'une main, tenant fermement le fil d'archal par l'anneau *a*, de l'autre on fait glisser la bougie *b* le long de ce fil. De cette façon, la bougie, maintenue roide dans la partie qui se trouve hors de l'utérus, s'avance dans la cavité, en prenant naturellement la route la plus facile, et en donnant ainsi la mesure précise de la profondeur à laquelle elle a pénétré. Quant à savoir si cette direction est dans l'axe central de l'organe, antérieurement ou postérieurement, la tente-éponge se chargera de nous l'apprendre. Dans le cas dont il s'agit, la bougie passa presque tout entière dans la cavité de l'utérus, marquant une profondeur de

plus de onze pouces. Ce fait prouva que l'agrandissement de cet organe était dû à un fibroïde ; il s'agissait alors de savoir si ce fibroïde était intra-mural ou intra-utérin. Cette question fut bientôt résolue par un fait très-singulier, savoir : que la bougie de gomme élastique, introduite dans la cavité de l'utérus, put être sentie à travers les minces parois de l'abdomen, et à travers les parois plus minces encore de l'utérus, à partir d'un point situé au-dessus du pubis jusqu'au fond qui dépassait l'ombilic (voyez fig. 42). Cela seul démontra que la tumeur se projetait de la paroi postérieure de l'utérus dans sa cavité. Était-ce donc un énorme polype fibreux, c'est-à-dire une tumeur intra-utérine pédiculée ? ou bien était-ce une tumeur fibreuse sessile, à large insertion sur les parois de l'utérus ? La tente-éponge devait éclaircir ce mystère ; on y eut recours ; j'introduisis alors le doigt dans l'utérus que je trouvai libre dans sa partie antérieure, tandis que postérieurement, environ un pouce au-dessus du museau de tanche, je sentis une tumeur dure, large, implantée derrière le col, et qui s'étendait par en haut, d'un côté comme de l'autre, ainsi que le doigt pouvait le constater, en se promenant sur la face ou sur le pourtour de cette production.

Le toucher m'avait fait connaître qu'elle était attachée par en bas à la paroi postérieure ; la sonde avec la bougie élastique me démontra qu'elle l'était également en haut, d'où je conclus que la base de son point

d'insertion se prolongeait sur une étendue qui n'était pas moindre, probablement, de huit ou neuf pouces. La tumeur elle-même était, contre l'ordinaire, dure au toucher; nous résolûmes, en conséquence, de l'attaquer par une ponction exploratrice. En présence du docteur Emmet, du docteur Pratt, et du professeur Elliot, j'enfonçai un trocart à son point le plus bas, et dans la direction de son grand axe ; il s'écoula aussitôt plus de vingt onces d'un sérum de couleur jaunâtre. Je donnai à l'ouverture une largeur de deux pouces, pour empêcher qu'elle ne se fermât. Il se fit immédiatement une diminution sensible dans le volume et dans la tension de l'abdomen. L'écoulement fut entretenu pendant quelque temps, et cet écoulement, joint à des injections pratiquées de temps en temps dans le fond même de l'utérus avec le persulfate de fer liquide étendu de trois ou quatre parties d'eau, arrêta très-promptement les hémorrhagies. La malade fut renvoyée, au bout de deux mois, dans un état très-satisfaisant, et ayant assez de forces pour faire à pied six ou huit milles. En réalité, dès que l'hémorrhagie eut disparu, elle était guérie. Elle revint quelques semaines après, le visage vermeil, et nous dit qu'elle jouissait d'une très-bonne santé, bien qu'il lui semblât que l'abdomen fût aussi volumineux que jamais. Elle portait évidemment une tumeur fibro-cystique, dont le premier élément restait dans le *statu quo*, tandis que le second avait été détruit par la ponction et l'incision du kyste. Un an après,

cette pauvre femme mourut en quelques heures, d'une cholérine qui, dans l'opinion de son médecin, ne dépendait nullement de la tumeur fibreuse.

Nous savons tous que les fibroïdes de l'utérus sont inoffensifs, à moins qu'ils ne causent des hémorrhagies ou ne pressent d'une manière fâcheuse sur quelques-uns des viscères pelviens. J'ai vu des fibroïdes plus gros qu'une tête de fœtus à terme, chez des malades qui n'avaient pas le moindre sentiment de leur existence. Je fus consulté à Paris, en octobre 1863, par une dame qui, mariée depuis quinze ans sans avoir eu d'enfants, désirait connaître la cause de sa stérilité. Elle avait une tumeur fibreuse pédiculée qui reposait sur le bord du bassin, entraînait l'utérus en avant et en haut, en élevant son fond beaucoup au-dessus du niveau du pubis. Sa santé était parfaite sous tous les rapports, et elle n'éprouvait aucune incommodité de la part de cette tumeur qui, sans doute, n'abrégera pas sa vie d'un jour.

Dans ces dernières années, beaucoup d'écrits ont été publiés sur le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Le docteur Channing, de Boston, dit avoir guéri plusieurs tumeurs de cette espèce, par une médication interne, et le docteur Simpson paraît avoir beaucoup de foi dans l'usage prolongé du bromure de potassium. Le docteur Emmet et moi avons essayé ce dernier médicament et d'autres remèdes constitutionnels, à l'hôpital des Femmes et dans notre pratique particulière; et,

j'ai le regret de le dire, nous n'avons pas été aussi heureux que nos deux confrères. Au contraire, je n'ai jamais vu que la médication interne ait produit aucun effet sur ces tumeurs.

Le docteur Atlee, de Philadelphie, et M. Baker Brown, de Londres, ont attaqué, eux, d'une manière héroïque et par des moyens chirurgicaux, les fibroïdes utérins. Le docteur Atlee a obtenu, par l'énucléation, un succès qui n'a été égalé par aucun autre procédé.

Il s'est fait l'avocat de l'extirpation totale des excroissances accidentelles; tandis que M. Baker Brown se contente de mutiler la tumeur par ce qu'il appelle *youging process* (déchirement). Il a également obtenu de grands succès, non dans la guérison de la maladie, mais dans la suppression de sa manifestation la plus fâcheuse, l'hémorrhagie. Nous devons nous en féliciter, car, en général, je ne pense pas que nous puissions attaquer directement ces tumeurs, sans mettre la vie en danger. J'admets volontiers qu'il y ait des cas dans lesquels nous devions intervenir, car les succès d'Atlee et de Baker Brown justifient une telle conduite; mais, quant à moi, je n'ai pas été aussi heureux, lorsque j'ai attaqué des fibroïdes intra-utérins très-volumineux. J'ai perdu deux malades à l'hôpital des Femmes, à la suite d'opérations, l'une après une tentative d'énucléation, l'autre après le retranchement d'une portion de la tumeur; dans le premier cas, à l'imitation de M. Atlee, dans le second, à l'imitation de M. Baker Brown.

La première était une femme non mariée, âgée de vingt-huit ans. La menstruation, commencée à seize, avait continué d'une façon régulière et normale pendant dix ans, quand elle devint tout à coup abondante et douloureuse. Deux ans après, en novembre 1859, elle fut admise à l'Hôpital des femmes. Elle était alors épuisée par un flux surabondant, accompagné de douleurs vives et poignantes, dont elle souffrait toute une semaine avant l'apparition des menstrues. L'utérus était à peu près aussi volumineux qu'au sixième mois de la grossesse. L'orifice et le col étaient petits, tandis que le corps de l'organe était grand, dur et presque rond. Sa forme et ses relations sont représentées

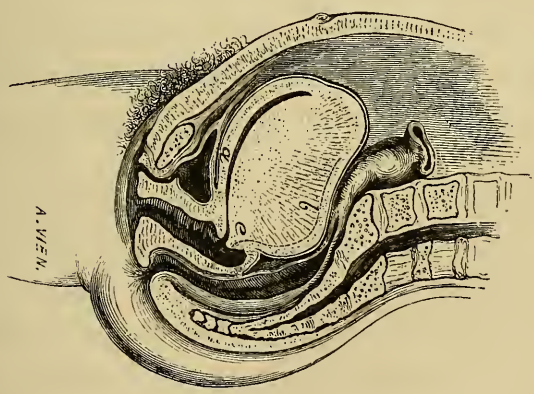

Fig. 44.

dans la figure 44. La sonde ne put pénétrer dans la direction de la cavité utérine que d'environ quatre pouces ; arrêtée en *a*, elle se heurta contre la paroi an-

térieure; mais la bougie de gomme élastique m'apprit que la cavité avait plus de neuf pouces de profondeur, et la tente-éponge vint ensuite démontrer que la tumeur était intra-utérine, et qu'elle avait une large base d'insertion sur la paroi postérieure, à partir de l'orifice même, au point *e*. La grande souffrance qui précédait et suivait chaque période, la quantité excessive de sang que perdait la malade, sa prostration toujours plus profonde et ses prières, me déterminèrent à extraire la tumeur, s'il était possible. La première chose à faire était d'élargir le canal cervical qui, comme je l'ai dit, était très-étroit. A cet effet, je l'incisai largement jusqu'à l'insertion du vagin et même jusqu'à l'orifice interne. L'hémorrhagie quoique considérable, fut aisément arrêtée. Les plaies guérirent avant le retour des menstrues, qui ne furent nullement modifiées par l'opération. Les souffrances et l'hémorrhagie se montrèrent comme auparavant.

Après cela, je procédai à un commencement d'énucléation, c'est-à-dire que j'ouvris la capsule de la tumeur. Au lieu de faire une longue incision de haut en bas, conformément à la pratique du docteur Atlee, je coupai simplement la capsule dans le sens transversal au point *e*, en donnant à l'ouverture une étendue d'environ deux pouces et demi. Je passai alors une sonde de six à sept pouces dans la direction de la ligne pointée *e*, *b*, lacérant ainsi dans une grande étendue le tissu cellulaire qui unissait la tumeur à la paroi postérieure de l'uté-

rus. Je pense aujourd'hui qu'il eût mieux valu inciser la capsule, selon la méthode du docteur Atlee. L'écoulement de sang fut très-considérable; mais il provenait entièrement de la première incision et non de la déchirure subséquente; il fut arrêté par le tamponnement. Dès que miss M... fut remise des effets de cette opération, on jugea convenable qu'elle retournât dans son pays et qu'elle attendît des efforts de la nature l'expulsion de la tumeur, par l'ouverture artificielle pratiquée dans son enveloppe.

Elle revint deux ou trois mois après. L'orifice de l'utérus avait environ deux pouces et demi de diamètre et une portion de la tumeur se projetait dans le vagin. Les souffrances et l'hémorrhagie étaient pires : était-ce par suite de l'opération, ou en dépit d'elle? je n'en sais rien. Les insertions de la tumeur furent alors incisées plus avant, et ses adhérences rompues dans une grande étendue; mais malheureusement miss M... fut atteinte d'une diphthérite, dont elle guérit à grand peine. Cette maladie, jointe à l'hémorrhagie, l'avait réduite à une telle prostration, qu'elle fut de nouveau renvoyée de l'hôpital.

Elle revint six mois après, en octobre 1860; les hémorrhagies n'avaient été nullement modifiées par la marche de l'énucléation, qui se faisait lentement depuis des mois. Le volume de l'utérus s'était de beaucoup accru, bien que la tumeur, qui remplissait alors tout le vagin, fût aussi grosse que la tête d'un enfant à terme. Il sem-

blait, en vérité, que la disparition des obstacles que le col présentait à la tumeur n'avait fait que provoquer et faciliter son développement par en bas, sans qu'aucune portion fût expulsée du corps de l'utérus. Le volume de cette tumeur était si considérable qu'on jugea à propos d'en retrancher toute la partie qui se projetait par le col dilaté, et de préparer ainsi l'énucléation réelle et l'ablation de ce qui occupait le corps de la matrice. En conséquence une corde fut passée autour de la tumeur dans la direction de la ligne pointée *a* (fig. 45), ou elle fut séparée. La malade perdit une quantité considérable de sang, avant qu'il fût possible d'arrêter l'hémorrhagie par le tampon. Elle revint à peine des effets du chloroforme et mourut d'épuisement trente-six heures après.

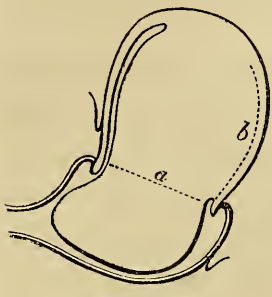

Fig. 45.

Je pense que la mort fut causée par l'immense quantité de sang perdu soudainement dans le court espace de temps qui s'écoula entre la séparation de la tumeur et son enlèvement du vagin. L'usage prolongé du chloroforme exerça aussi, selon toute probabilité, une très-pernicieuse influence. La portion de la tumeur retranchée était si volumineuse qu'il fut très-difficile de l'extraire du vagin ; il fallut même élargir l'entrée de cet organe en incisant le périnée de chaque côté de la fourchette.

Une tumeur semblable avait été enlevée à l'Hôpital des femmes l'année précédente. La partie de la tumeur qui se projetait dans le vagin avait été détruite par écrasement, en octobre 1859. Notre malade était remise des effets de l'anesthésie et de l'opération, et nous attendions l'énucléation du reste de la tumeur, quand elle fut tout à coup atteinte, quatre mois après, d'une péritonite qui l'enleva.

En juin 1861, une dame veuve, âgée de trente ans, qui était depuis deux ans sujette à la ménorrhagie, fut admise à l'Hôpital des femmes. Des pertes sanguines périodiques considérables l'avaient épuisée; aussi était-elle réduite à la plus profonde anémie. Le museau de tanche était petit, le col ferme et induré, tandis que le corps de l'organe présentait le volume des deux poings. La profondeur de l'utérus était de cinq pouces. L'accroissement de volume et l'hémorrhagie étaient évidemment dus à l'une de ces deux causes : tumeur fibreuse ou polype. L'application d'une ou deux tentes-éponges permit au doigt de pénétrer dans la cavité utérine, et d'y découvrir une tumeur non mobile, extraordinairement dure, qui se projetait de la paroi postérieure dont elle occupait toute la surface par une insertion vaste et puissante.

Je pratiquai, dans la partie de la tumeur la plus rapprochée du col, une ponction qui fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de sérum (huit onces), clair, limpide, transparent et jaunâtre. Pour assurer une

guérison radicale, je retranchai avec des ciseaux un lambeau du sac de cette excroissance fibro-cystique. Ce lambeau était elliptique, d'un pouce et demi de long sur trois quarts de pouce de large. Cela fut fait à l'imitation du procédé d'évidement de M. Baker Brown. Je ne m'étais jamais senti si satisfait d'une opération; malheureusement, une fièvre inflammatoire survint, et ma malade mourut de pyémie, au bout de vingt jours.

Ces quatre malades sont les seules auxquelles on ait fait, à l'Hopital des femmes, quelque opération pour obtenir une guérison radicale. Deux supportèrent les opérations, mais elles moururent dans le cours de l'année suivante, l'une de péritonite, l'autre d'une cholérine, en uelques heures. Les deux autres moururent des effets immédiats des opérations, l'une de l'épuisement causé par la perte du sang et aussi de l'action toxique du chloroforme; l'autre de pyémie. On peut dire littéralement que deux moururent et deux se rétablirent, car la mort, dans les deux premiers cas, fut due à des causes accidentelles qui, très-probablement, ne dépendaient nullement des opérations.

L'extirpation complète d'un fibroïde intra-utérin à attache sessile est excessivement hasardeuse; tandis que l'enlèvement d'un fibroïde intra-utérin pédiculé est comparativement une des opérations les plus sûres de la chirurgie.

Mais pourquoi s'occuper si longuement des tumeurs fibreuses? La suppression de ces immenses tumeurs pour-

rait-elle être suivie de conception et d'une bonne dé livrance ?

Il est bien permis de se demander si une opération aussi hasardeuse que l'énucléation d'une vaste tumeur fibreuse devrait être tentée dans le but *unique* d'écarter la stérilité, et quand la vie n'est pas mise en péril par de terribles hémorrhagies. Certes, je concevrais quelques cas où l'opération pourrait se justifier. Supposons par exemple qu'une dynastie fût menacée d'extinction et que la cause de la stérilité résidât dans un fibroïde susceptible d'énucléation : ici, la perpétuité d'un bon gouvernement et la prospérité de l'État dépendraient du résultat de l'opération. Qu'une ancienne famille d'un nom illustre, influente par son rang et sa grande fortune, désirât perpétuer ce noble héritage dans une lignée de descendants directs : une telle opération pourrait-elle se justifier, si les parties, éclairées sur tous les dangers qu'elle entraîne, voulaient en assumer la responsabilité? et, si elle réussissait, serions-nous autorisés à promettre la possibilité de la conception ?

En général, tant qu'il y a menstruation, il y a ovulation; et toute femme chez qui se fait l'ovulation peut être fécondée, pourvu que les spermatozoaires et l'œuf puissent être mis en contact, en lieu convenable, au moment opportun et dans des circonstances favorables.

Une destruction, par gangrène ou autrement, du col de l'utérus ou du vagin, une atrésie partielle de ce canal; des tumeurs ovariennes ou des tumeurs fibreuses

pédiculées, sessiles, interstitielles ou intra-utérines; une hématocèle, une cellulite pelvienne ou même un carcinome du col de la matrice, tout cela peut exister sans que pour cela la conception soit impossible, pourvu que la menstruation, signe et symbole de l'ovulation, soit de nature à attester l'état de santé de la cavité utérine, réceptacle du nouvel être.

Notre littérature fourmille de cas où la délivrance fut compliquée de tumeurs fibreuses développées sur quelque partie de l'organe utérin, et notre expérience, comme notre observation, nous apprend que ces tumeurs sont une cause fréquente de stérilité.

Mais revenons à la question : « La conception est-elle possible et une heureuse délivrance est-elle probable, après l'énucléation et la suppression d'un fibroïde utérin volumineux ? » Nous devons constater qu'il n'est pas extraordinaire de voir la conception survenir après la suppression du fibroïde intra-utérin pédiculé, appelé polype; pourquoi n'en serait-il pas de même après la destruction d'un fibroïde sessile, appelé tumeur fibreuse intra-utérine ? La preuve de cette possibilité n'est abandonnée, heureusement, ni à l'hypothèse ni à l'analogie, car la question est résolue affirmativement par un des cas les plus intéressants qu'on puisse trouver dans la littérature médicale anglaise, et qui est rapporté par M. Grimsdale (1) de Liverpool. L'intérêt du sujet me

(1) *A Case of Artificial Enucleation of a large Fibroid Tumour of the Uterus; with some Remarks on the Surgical Treatment of these Tumours,*

justifiera d'en prendre les traits principaux dans le récit qu'en a publié M. Grimsdale.

Le 12 octobre 1855, M. Grimsdale vit pour la première fois Marguerite West. Cette femme, âgée de trente-trois ans, avait toutes les apparences d'une santé robuste; elle était mariée depuis trois ans; onze mois après son mariage, c'est-à-dire en 1853, elle accoucha prématurément d'un enfant mort-né, eut des pertes abondantes qu'on arrêta avec beaucoup de difficultés; en 1854, elle conçut de nouveau et fit une fausse couche à trois mois, également suivie de grandes pertes. Après cet accident, la menstruation avait toujours été abondante mais régulière pendant trois mois, jusqu'en juillet, époque à laquelle la malade se crut enceinte. L'utérus avait à peu près le même développement que dans une grossesse à six mois, sans présenter toutefois l'élasticité habituelle à cet état. On entendait un grand bruit sur toute l'étendue de la tumeur; le col utérin était poussé en avant, l'orifice ouvert; les lèvres étaient renversées, dures et couvertes de granulations.

Le diagnostic de M. Grimsdale était : tumeur fibreuse de l'utérus; de plus, grossesse probable. Il suivit la malade pendant quinze jours. Elle avait parfois un écoulement de sang abondant. Après une consultation

by Thomas F. Grimsdale, chirurgien à l'hôpital des Femmes en couches, et professeur pour les maladies des enfants, à l'infirmerie de l'École royale de médecine de Liverpool. — *Liverpool Medico-Chirurgical Journal*, janvier 1857.

avec M. Bickersteth, on convint que le salut de la femme réclamait un avortement immédiat. On fit usage des tentes-éponges; la cavité fut sondée jusqu'à sept pouces, et l'on trouva la tumeur adhérente à toute l'étendue de la paroi postérieure. M. Bickersteth fit une incision pour l'énucléation avec un bistouri droit qu'il passa à travers la paroi postérieure du col, à trois quarts de pouce environ dans l'intérieur du canal, et descendant sur la capsule de la tumeur, il y plongea l'instrument. L'index pénétra par l'incision presque jusqu'à la seconde articulation, et la tumeur fut ainsi séparée à une certaine distance du tissu propre de l'utérus. Il ne s'écoula que fort peu de sang après l'incision, qui fut tamponnée au moyen de charpie introduite avec force entre la tumeur et la paroi utérine.

Premier jour après l'opération. — Pouls, 96; vagin brûlant; enlèvement du tampon; irrigations du vagin.

Deuxième jour. — Avortement d'un fœtus de quatre mois et de son placenta.

Septième jour. — Peu de changement; irrigation vaginales journalières et tamponnement de l'incision.

Huitième jour. — Douleurs utérines; écoulement aqueux; la tumeur commence à sortir par l'ouverture artificielle un peu plus dilatée; la partie de la tumeur qui se présentait était molle; il y avait un écoulement de mauvaise odeur; pouls, 120; visage pâle, inquiet; langue sèche; soif.

Pendant la semaine suivante, l'état de la malade s'améliora légèrement; elle prit du bouillon, de l'opium, du seigle ergoté, et le vagin fut irrigué deux fois par jour. Le quatorzième jour, les doigts ne pouvaient plus atteindre l'utérus, et la tumeur, après avoir graduellement dilaté l'ouverture, avait fini par la franchir pour arriver dans le vagin qu'elle remplissait. Elle était molle et en décomposition ; pouls, 96.

Quinzième jour. — La malade est beaucoup plus mal. Frisson le matin ; depuis lors, abattement, pouls, 112; cheveux en mèche; langue sèche; œil vitreux; visage inquiet; grand découragement. Prescription : eau-de-vie et bouillon à 9 heures du soir. — MM. Bickersteth, Blower et Fitzpatrick présents. — Pouls un peu meilleur, mais saccadé ; langue comme précédemment; visage mauvais; chloroformisation qui améliore le pouls.

M. Grimsdale, passant la main par le côté de la tumeur, pénétra dans la cavité utérine le long de sa paroi postérieure, et en sépara aisément les quelques attaches qui restaient à ses parties mitoyennes et basses. Il trouva la masse de la tumeur molle et en décomposition, assez semblable au placenta d'un enfant mort depuis quelque temps dans le sein de sa mère, et déjà séparé de l'utérus. Dans la partie postérieure et tout près du fond, quelques forts cordons fibreux, qui allaient de l'utérus à la tumeur, résistaient à toutes les tentatives faites pour les rompre ; ils s'étendaient, au nombre de

huit ou dix, sur trois quarts de pouce de la surface utérine ; l'un d'eux, aussi gros que le doigt, était aplati et contenait du tissu mou et en décomposition. Sentant qu'il était impossible de lacérer ces cordons, M. Grimsdale tint sa main dans l'utérus jusqu'à ce que M. Bickersteth se fût procuré une forte paire de ciseaux; ce qui prit environ trente minutes. A ce moment, l'achèvement de l'opération était encore difficile et fatigant, car voici ce qu'il dit : « Après des efforts continus de près d'une heure, je réussis à diviser entièrement ces attaches, et j'enlevai la tumeur, masse en décomposition environ de la grosseur d'un placenta ordinaire. » Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et la main et la tumeur retirées, l'utérus étant revenu sur lui-même comme après l'extraction d'un placenta, il parut avoir extérieurement à peu près le volume d'un utérus normalement contracté à la suite d'un travail ordinaire. A partir de ce moment, le retour à la santé fut graduel, mais sûr. Quinze jours après, tout écoulement fétide avait cessé. En deux mois, l'utérus avait complétement recouvré son volume et sa position naturelles, et le soixante-huitième jour après l'opération, les règles reparurent, durèrent quatre jours, sans douleur et tout à fait normales, au double point de vue de la quantité et de la qualité.

Jusqu'ici ce cas est du plus haut intérêt chirurgical. Il est évident que si M. Grimsdale n'eût pas enlevé la masse en décomposition comme il l'a fait le quinzième jour, sa malade fût morte de pyémie dans un temps

très-court. Mais, pour moi, la partie la plus intéressante reste à raconter.

L'opération fut faite le 4 novembre 1855; la tumeur enlevée le 20. Les menstrues revinrent le 27 janvier 1856; une seconde fois le 25 février; et probablement elles reparurent de nouveau vers le 24 ou le 25 mars, car, dans les notes de son rapport, M. Grimsdale dit : « Depuis lors, j'ai délivré cette malade d'un enfant de huit mois et demi, bien développé, mort-né. Les membranes s'étaient rompues soudainement le 17 décembre 1856. Il y eut un léger écoulement de sang bientôt après, mais aucune souffrance jusqu'au 20. A cette date, les battements du cœur de l'enfant étaient entendus distinctement. L'orifice se dilata très-lentement; la présentation se fit par les pieds; et l'action expulsive fut très-inefficace dans la seconde phase du travail. Le matin du 22, je parvins à saisir le pied gauche, et j'achevai la délivrance. L'enfant était évidemment mort depuis plusieurs heures, car l'épiderme des pieds commençait à se déchirer. Il mesurait vingt et un pouces de longueur, était potelé et bien constitué. Le placenta, volumineux et d'une belle apparence, sortit immédiatement et sans hémorrhagie. L'utérus se contracta bien et resta de même. »

Ce cas se rapporte si évidemment au sujet qui m'occupe qu'on doit m'excuser d'en avoir exposé si minutieusement la marche et la suite. En effet, il répond d'une manière directe à la question déjà posée :

« La conception est-elle possible, et une bonne délivrance est-elle probable, après l'énucléation et le retranchement des tumeurs fibreuses d'un gros volume ?

Avant de quitter ce sujet, je dirai que M. Baker Brown ne mutile plus aujourd'hui le fibroïde, il se contente simplement d'inciser l'orifice et le col de l'utérus. Mais le traitement le plus sage, et certes le plus heureux des hémorrhagies provenant de fibroïdes, est celui du docteur Savage, de l'Hopital de la Samaritaine. M. Savage dilate le canal cervical avec une tente-éponge, et injecte dans la cavité de l'utérus une solution d'iode, qui a été jusqu'ici inoffensive et efficace. En voici la formule :

℞	Iode.....	4	grammes.
	Iodure de potassium. ..	8	—
	Alcool rectifié.....	32	—
	Eau	188	—

Cette solution arrête invariablement l'émission du sang, et M. Savage dit que, quand l'injection en est répétée, à chaque retour du flux, pendant cinq ou six mois, les tumeurs subissent une diminution sensible, et disparaissent quelquefois entièrement.

J'ai vu des résultats remarquables de ce traitement du docteur Savage, et, si l'expérience d'autrui est aussi heureuse que la sienne, il aura substitué une méthode simple et d'un bon effet à des procédés pleins d'incertitudes, de difficultés et de dangers.

Le docteur Routh (1) suit la méthode du docteur Savage, mais il substitue une solution de perchlorure de fer à l'iode. J'ai employé l'un et l'autre agent, et l'objection que je fais au fer est que, s'il arrête promptement le sang, il l'arrête par coagulation, et qu'il faut deux ou trois jours à l'utérus pour expulser les masses de sang coagulé qui provoquent souvent des souffrances vives et poignantes. Lorsqu'au contraire on fait emploi de l'iode, la malade ne se plaint que d'une légère sensation de chaleur interne, tout à fait passagère.

Il est probable que les guérisons obtenues par MM. Brown, Savage et Routh, l'un au moyen d'une simple incision de l'orifice, l'autre à l'aide de l'injection iodée, le troisième par l'injection du perchlorure de fer, sont plus ou moins dues à ce que ces méthodes produisent dans la cavité utérine un certain degré d'inflammation subaiguë; car j'ai ouï dire par M. Greenhalgh que l'opération de M. Brown, quand elle réussit, produit toujours un trouble général avec sensibilité considérable de tout l'abdomen et particulièrement de la région utérine.

J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une tumeur fibreuse (c'est le cas cité à la page 132) dont j'avais retranché une partie presque aussi grosse qu'une tête de fœtus; cette abcision fut suivie d'une amé-

(1) *On some Points connected with Pathology, Diagnosis and Treatment of Fibrous Tumours of the Womb; being the Lettsomian Lectures,* etc., par C. H, F. Routh, M. D., etc. Londres, T. Richards, 1864.

lioration très-marquée dans l'hémorrhagie. La femme mourut quatre mois après, et en quelques jours, d'une péritonite aiguë. A l'ouverture de l'abdomen, les traces de cette maladie soudainement développée et si rapidement fatale furent partout évidentes. Dans l'utérus, on découvrit çà et là d'anciennes et fortes adhérences unissant solidement la paroi antérieure de l'organe à la surface opposée de la tumeur qui s'était développée sur la paroi postérieure.

Ces adhérences étaient, selon toute probabilité, le résultat de l'action inflammatoire nécessairement produite sur ce point par les forces régénératrices de la nature, à la suite de l'ablation faite quatre mois auparavant de la portion vaginale de la tumeur. Cette probabilité se convertit en certitude, quand je songe qu'avant l'opération, je pus introduire plusieurs fois la main dans l'utérus, et qu'elle passa librement et sans obstacle entre les surfaces contiguës de cet organe et de la tumeur, que je trouvais aujourd'hui en partie adhérentes.

Cet état de choses fut donc le résultat de l'opération pratiquée quatre mois auparavant, et très-probablement aussi la cause de la grande amélioration qui se manifesta dans le flux mensuel.

Si nous admettons que de bons résultats puissent être obtenus par l'incision de l'orifice et du col de l'utérus, et qu'à l'aide de l'injection du docteur Savage on arrive avec moins de dangers à des résultats égale-

ment satisfaisants, je crois que nous ne sommes pas d'accord quant au mode d'action de ces procédés. Je suis tenté de penser que leur action bienfaisante est due à ce qu'ils produisent à peu près le même effet, c'est-à-dire une endo-métrite, moins la phase suppurative. S'il en était ainsi, nous adopterions le traitement par l'iode, en nous fondant sur des principes tout à la fois théoriques et pratiques, car l'iode est très-propre à produire l'inflammation plastique et adhésive.

M. Greenhalgh m'informe qu'il a obtenu cinq succès de l'usage de l'iode et de la tente-éponge combinés avec la méthode de Récamier, qui consiste à racler les granulations fongoïdes; ses malades, dit-il, ont été guéries promptement au moyen d'une seule injection pour chacune. Il ajoute que le docteur Savage et lui emploient maintenant la teinture d'iode officinale pure, non diluée, au lieu de la solution que j'ai indiquée.

Il ne faut pas oublier que l'injection utérine doit être toujours et invariablement précédée de l'usage de la tente-éponge; que c'est une partie essentielle du traitement, qui ne doit nullement être négligée, pas même dans le cas où le canal du col paraîtrait être assez large pour permettre la sortie facile du fluide. C'est au docteur Savage que nous sommes particulièrement redevables de cette pratique, qui rend l'opération, jadis très-douloureuse et pleine de dangers, aussi simple que sûre aujourd'hui.

Il y a plusieurs années, j'avais abandonné la pratique

des injections dans la cavité de l'utérus, parce que j'avais vu des coliques violentes et alarmantes succéder à l'injection d'une seule goutte d'une liqueur adoucissante; mais aujourd'hui, grâce à la méthode du docteur Savage, la cavité de l'utérus peut supporter une certaine quantité, même de teinture d'iode non diluée.

Ménorrhagie résultant d'inversion de l'utérus. — L'inversion de l'utérus se rencontre, par bonheur, rarement; mais, comme il peut arriver, à un moment donné, qu'elle se présente dans la pratique, nous lui consacrerons ici quelques considérations. Mon concitoyen, le professeur A. Lee (1) nous a donné une monographie très-complète sur ce sujet. Il a recueilli à des sources diverses cent quarante-huit cas, commençant aux écrits du docteur Robert Lee, et finissant à ceux du docteur Tyler Smith et du professeur White, de Buffalo. Je renverrai le lecteur à cet excellent travail, où se trouve condensée en peu de pages une masse considérable d'informations précieuses.

Dans un grand nombre de cas, l'inversion est attribuée aux tractions opérées sur le cordon, spécialement quand le travail a été très-rapide. Sans doute elle peut arriver occasionnellement à une période plus ou moins éloignée de l'accouchement; mais, je suis disposé à croire

(1) *A Statistical Inquiry into the Causes, Symptoms, Pathology, and Treatment of Inversion of the Womb;* par Charles A. Lee, M. D. (*American Journal of the Medical Sciences*, octobre 1860, pages 313 à 363.)

qu'une adhérence du placenta, particulièrement au fond de l'utérus, est la cause directe la plus fréquente de cet accident, que l'on tire ou non sur le cordon. Il y a cinq ou six ans, le docteur Lewis A. Sayre, professeur de chirurgie au collége médical de l'hôpital de Bellevue, à New-York, me fit voir un cas d'inversion et de chute de l'utérus, chez une femme qui n'avait jamais eu d'enfants. L'inversion avait évidemment été produite par un polype fibreux attaché au fond de l'organe au moyen d'un pédicule court, épais, résistant, et qui, en traversant le col, avait entraîné le fond avec lui. Ce cas éveilla beaucoup alors l'intérêt des médecins attachés à l'Hôpital, à cause de l'obscurité de son histoire et des difficultés de son diagnostic. La femme avait passé le temps de la menstruation; elle n'avait donc pas d'hémorrhagies; elle se plaignait uniquement des inconvénients physiques de la procidence.

Le docteur McClintock décrit un cas si exactement semblable à celui-ci, que la description qu'il en a faite dans son livre (page 98) pourrait passer pour une reproduction fidèle du cas du docteur Sayre.

Le journal du docteur Lee contient des références à beaucoup de faits analogues rapportés respectivement par Brown (1), Higgins (2), Oldham, Rigby, le Blanc et Velpeau (3).

(1) *Dublin Medical Journal,* vol. VI, p. 33.
(2) *Edinburgh Monthly Journal,* juillet 1849, p. 889.
(3) Ces quatre derniers dans *Ashwell on Diseases of Women,* p. 403-5.

Le docteur Alexandre H. Stevens, de New-York, a observé une inversion chronique de l'utérus, pendant plus de trente ans. Elle existait déjà depuis longtemps quand il la vit pour la première fois. Sa malade souffrait d'hémorrhagies périodiques, qui cessèrent à l'âge critique; l'organe diminua alors, comme il arrive toujours à cette époque, et le fond n'a pas aujourd'hui plus de la moitié du volume qu'il avait pendant la vie menstruelle.

Le docteur Charles A. Lee (1) a vu une inversion d'une durée de vingt-cinq ans, qui avait été méconnue, jusqu'au jour où il fut consulté. La malade avait alors quarante-cinq ans. Elle était, par intervalles, sujette à des hémorrhagies, et tout à fait réduite à l'anémie. Dans le cours des douze mois qui suivirent la cessation des menstrues (mars 1858), sa santé devint robuste, et toute intervention chirurgicale fut inutile.

Le docteur Lee (2) cite un cas d'inversion congénitale communiqué à l'Académie de médecine de France par le docteur Williame de Metz. Son journal contient encore deux cas d'inversion dans les premiers temps de la grossesse : une inversion partielle, rapportée par le docteur Spae, dans le *Northern Journal of Medecine*, juillet 1845; une inversion complète au cinquième mois de la grossesse, par le docteur John A. Brady, dans le *New-York Medical Times*, février 1856. Mais le cas le plus remarquable de ce genre d'affection est

(1) *American Journal of the Medical Sciences*, octobre 1860, p. 340, 140e cas.
(2) *Loc. cit.*, p. 323.

celui du docteur Woodson (1) de Kentucky. La malade, âgée de vingt-sept ou vingt-huit ans, grosse d'environ quatre mois, était au bain, à quelque distance de sa demeure, quand, surprise par les douleurs pénibles de l'enfantement, elle se trouva dans l'impossibilité de retourner chez elle. Elle était très-alarmée, et, sentant le fœtus sortir du vagin, elle le saisit et l'enleva violemment, ce qui amena totalement l'utérus au dehors et produisit une inversion complète. Elle arracha la presque totalité du placenta qui y était adhérent, fit rentrer avec force l'utérus dans le vagin, et n'appela aucun secours médical pendant cinq jours. Ce fut alors que le docteur Woodson la vit en consulation avec le médecin de la famille; il trouva une inversion de l'utérus, qui descendu dans le vagin, retenait encore adhérente une partie du placenta décomposé. Il ordonna des lotions vaginales et un calmant; le lendemain, sixième jour après l'événement, il réussit à replacer l'utérus. La perte de sang n'était ni grande ni alarmante, quoiqu'elle n'eût pas cessé depuis le moment de l'accident.

La réduction d'une inversion chronique était anciennement jugée impossible; aujourd'hui il est prouvé, non-seulement qu'elle est possible, mais qu'elle est tout à fait praticable. Le docteur Tyler Smith (2) a

(1) *American Journal of the Medical Sciences*, octobre 1860, art. XI, inversion complète de l'utérus à quatre mois de gestation, replacée six jours après l'accident, par E. W. Woodson, M. D., de Woodville, Kentucky.

(2) *Medical Times and Gazette*, 24 avril 1858.

réduit un utérus après douze ans d'inversion; il exigea pendant huit jours l'usage d'un pessaire creux de caoutchouc, conjointement à une pression exercée avec la main, soir et matin, pendant dix minutes chaque fois. Le docteur Charles West (1) en a replacé un qui était inversé depuis douze ans. Il employa aussi la pression graduée d'un pessaire creux de caoutchouc, d'après la méthode du docteur Tyler Smith. Ces deux malades recouvrèrent la santé. Le professeur White (2), de Buffalo, New-York, réduisit une inversion qui existait depuis quinze ans. L'opération fut faite en cinq minutes, sous l'influence du chloroforme. Malheureusement, la malade, âgée de trente-deux ans, mourut de péritonite seize jours après. Enfin, le docteur Noeggerath (3), de New-York, a réussi dans une inversion qui durait depuis treize ans.

Cette grande révolution dans le traitement de l'inversion chronique est due au docteur Tyler Smith, qui le premier, je crois, dans ce pays, démontra la possibilité pratique de l'opération, et au professeur White, qui, le premier, en Amérique, l'accomplit avec succès (4).

Je n'ai rencontré que deux cas d'inversion chroni-

(1) *Medical Times and Gazette,* 29 octobre 1859.

(2) *American Journal of the Medical Sciences,* juillet 1858.

(3) *American Medical Times,* 26 avril 1862, p. 230.

(4) Une réclamation qui nous est adressée depuis la publication de l'édition anglaise, nous apprend que l'opération dont il est question ici, avait déjà été pratiquée par plusieurs chirurgiens tels que Valentin, Cannap, Berrier, etc.

que. Dans l'un l'utérus fut enlevé au moyen de l'écraseur; dans l'autre, il fut réduit en cinq minutes sous l'influence de l'éther. L'un avait neuf mois d'existence, l'autre douze. L'un se présenta à l'Hôpital des Femmes, l'autre dans la pratique privée. Le premier cas fut envoyé à l'Hôpital, en juin 1859, par le docteur Maxwell, de Johnstown, New-York.

La malade, âgée de trente-neuf ans, mariée depuis cinq, avait eu une fausse couche et deux couches à terme, la dernière le 26 décembre 1858. Le travail avait duré neuf heures, et de vives souffrances persistaient après l'expulsion de l'enfant. Le placenta était retenu. Le médecin fut obligé de l'enlever, et, dans cette opération, il remarqua *que quelque chose était descendu et s'était retourné.* La mère de la malade aperçut une masse sanglante que le médecin repoussa dans le vagin. L'hémorrhagie et les souffrances continuèrent près de vingt-quatre heures après. Le lendemain un autre praticien fut appelé, qui réussit à arrêter l'hémorrhagie et à calmer les souffrances. Environ un mois après la délivrance, l'hémorrhagie revint soudainement avec force, mais elle fut arrêtée par un tamponnement. A partir de ce moment, la malade ne fut jamais entièrement exempte de perte de sang plus ou moins abondante, jusqu'à l'époque de son admission à l'Hôpital des Femmes. Elle était si affaiblie, si épuisée par les pertes, qu'elle n'espérait plus qu'il y eût moyen de la soulager.

J'ai rarement vu quelqu'un revenir d'un tel état

d'épuisement. Le pouls était faible et rapide ; le cœur témoignait de l'état anémique de la malade ; elle ne pouvait se soulever dans son lit sans avoir une syncope et souvent elle s'évanouissait, même quand elle était couchée. Son retour à la santé fut entièrement dû aux efforts extraordinaires et à l'attention du docteur Emmet, dont j'ai si souvent mentionné dans ces pages l'éminente habileté. Il arrêta le flux par un tamponnement au persulfate de fer liquide du docteur Squibb ; il combattit la disposition aux syncopes en élevant le pied du lit de manière à en faire un plan incliné, afin d'appeler au cerveau le peu de sang qu'elle avait ; d'un autre côté, par des stimulants, des toniques et une bonne nourriture, administrés un peu par l'estomac et beaucoup par le rectum, nous eûmes le bonheur de voir notre malade se ranimer et reprendre assez de sang et de forces pour supporter les opérations. Dans son état d'affaiblissement, nous avions peur du chloroforme ; elle fut donc éthérisée avec précaution. La main passée alors dans le vagin saisit l'utérus, et des efforts résolus furent faits pour opérer sa réduction. Ces efforts furent continués pendant près de quatre heures, après lesquelles l'organe fut en partie replacé ; c'est-à-dire qu'il fut réinversé au point de faire remonter le corps jusque dans l'orifice, mais il ne fut pas possible de le pousser plus loin. Le dessin (fig. 46) représente ce que je veux dire. Il m'avait fallu peu de temps pour ramener l'utérus à ce point, mais aucun effort ne réussit à

le faire aller plus loin. Un tampon imbibé d'une liqueur styptique fut appliqué pour maintenir l'utérus dans cette position ; ce fut là une grande faute. Car, au lieu d'un tampon styptique, si j'eusse adopté le pessaire élastique du docteur Tyler Smith, le résultat eût été différent. Un ou deux jours après, quand le tampon fut renouvelé, je fus effrayé de voir que le vagin, particulièrement à son cul-de-sac postérieur, présentait une espèce d'ecchymose, comme s'il eût été distendu jusqu'au point de se rompre. Le tampon, changé chaque jour, retenait l'utérus dans la position où il est représenté dans la figure. Il n'y avait ni souffrance ni hémorrhagie, et notre malade, qui mangeait et dormait bien, reprit rapidement de lamine et des forces.

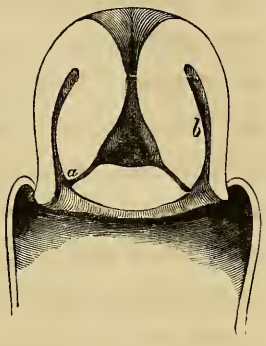

Fig. 46.

Dix-huit jours après (12 juillet), mistress R... fut éthérisée une seconde fois, et de nouveaux efforts furent tentés pour replacer l'utérus ; mais au bout d'une heure nous fûmes obligés d'y renoncer. Les regrettables docteurs Valentin Mott et John W. Francis, du bureau de consultation de l'hôpital, qui avaient assisté à chaque tentative, furent d'avis que dans ce cas l'ablation entière de l'organe serait une opération plus sûre que d'essayer encore la réduction. Quelques jours plus tard, les menstrues vinrent excessivement abondantes, et le

fond fut un peu plus repoussé dans le vagin, en dépit du tampon. Alors, nous attirâmes l'utérus dans le vagin, et nous pratiquâmes autour du col une forte ligature, que nous serrâmes solidement à l'aide d'une vis-écraseur, dans l'intention de faire l'ablation définitive de l'organe. La ligature modéra immédiatement l'hémorrhagie, et arrêta entièrement la circulation dans le fond qui prit tout aussitôt une couleur pourpre-foncé; mais le trouble général fut si intense et si alarmant, qu'il fallut retirer l'appareil au bout de deux heures. Les grandes souffrances de la malade, ses nausées excessives, son pouls rapide, sa peau visqueuse, son agitation et les contractions de son visage constituaient un tableau pénible à voir.

La ligature fut donc retirée, et l'on prescrivit des opiacés à haute dose, jusqu'à ce que la malade fût complétement remise. Elle suivit un traitement général fortifiant. Les menstrues d'août durèrent onze jours, sans que le flux ne fût jamais très-abondant.

Nous laissâmes passer les menstrues de septembre, avant de faire un nouvel effort pour replacer l'utérus, mais nous ne pûmes rien obtenir de plus que ce qui se voit figure 46.

Ce fut alors que la malade nous pria, ainsi que son mari, de retrancher l'organe, comme nous nous étions proposé de le faire avec l'écraseur.

En conséquence, le 1er novembre, elle fut chloroformisée, et la chaîne de l'écraseur passée autour du

col, près de l'orifice, et serrée. L'opération était à moitié faite, quand un anneau se détacha. Une autre chaîne ayant été appliquée, l'organe fut tranché ; mais, par malheur, le ligament large du côté droit ne fut pas complétement séparé. Lorsque la chaîne eut fini de traverser le tissu utérin, j'allais l'enlever en même temps que la tumeur, quand tout à coup l'hémorrhagie la plus effroyable que j'aie jamais vue se manisfesta et remplit en un instant tout le vagin de sang artériel. Si le sang fût parti des vaisseaux sanguins de cette portion du ligament large déjà tranchée et rétractée dans la cavité du péritoine, il eût été impossible d'y remédier et, naturellement, notre malade eût succombé avant de sortir de l'état anesthésique. Heureusement, le sang venait de cette partie du ligament encore adhérente à l'utérus séparé. Je retirai vite cet organe, et, passant l'index et le médius par le col dans la cavité abdominale, je comprimai les restes du ligament contre le bord de l'ouverture cervicale, ce qui arrêta promptement l'hémorrhagie. Le sang répandu dans le vagin fut alors épongé, et l'on fit la ligature de la portion non divisée du ligament large et de l'artère ; après quoi quelques porte-éponges furent introduits dans la cavité du péritoine, et le sang qui y avait pénétré en fut retiré avec le plus grand soin. Il ne faut pas oublier que la malade était dans la position latérale semi-fléchie. Les bords divisés du col furent réunis au moyen d'un fil d'argent par cinq ou six sutures séparées. Celle de l'extrême

droite était destinée à fixer, en la transperçant, la portion liée du ligament, qui avait été attirée dans le vagin. Les bords du col se réunirent par première intention. L'ouverture faite dans le col, avant qu'elle fût fermée par les sutures, eût aisément permis le passage de trois doigts à la fois, circonstance assez heureuse ici, parce qu'elle donna de grandes facilités pour retirer le sang de la cavité du péritoine. La malade se rétablit rapidement. Le docteur Emmet lui donna des opiacés à intervalles fixes, pendant deux ou trois jours, avec une nourriture substantielle. Elle eut pendant quelque temps un écoulement vaginal, qui cessa lorsqu'on put retirer la petite portion du ligament large dont nous avons parlé. Dix jours après l'opération, on eut recours à des lavements pour entretenir la liberté du ventre. Deux des sutures furent coupées ras, et laissées en permanence pour former sac.

J'ai quelquefois, depuis l'opération, eu des nouvelles de mistress R... elle est restée en bonne santé.

La figure 47 est la copie d'un dessin fait immédiatement après que l'utérus fut retiré. Il fait voir cette portion du ligament par laquelle se manisfesta l'hémorrhagie artérielle. L'artiste a légèrement exagéré le diamètre de l'organe dans sa longueur.

Dans le cas suivant, je fus plus heureux. Je le rencontrai chez une dame de Springfield, Massachussetts, qui avait été assistée dans son accouchement par un des praticiens les plus éminents de notre Nouvelle-An-

gleterre. Je le regarde comme un exemple d'inversion spontanée ; et je présume qu'elle survint à une époque postérieure au rétablissement, car la réputation du médecin atteste suffisamment, qu'elle n'avait pu résulter d'une maladresse de sa part, ni se manisfester, sans qu'il l'eût découverte, dans le moment où il soignait encore la malade.

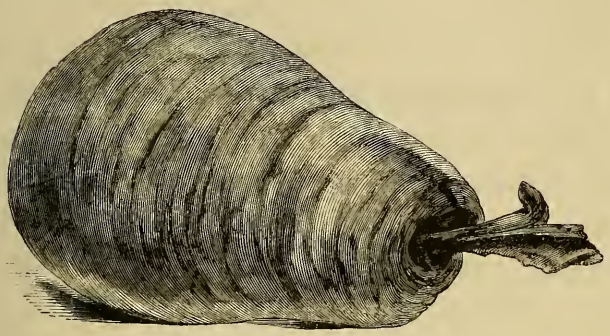

Fig. 47.

Le départ de ce médecin peu de semaines après, força plus tard cette dame à en appeler un qui la traita pour une ménorrhagie. Elle ne s'en trouva pas mieux. Alors une consultation eut lieu ; on constata qu'il y avait inversion ; après avoir éthérisé la malade, on chercha vainement à réduire cette inversion par des efforts continus, pendant une heure. Deux ou trois semaines après je fus appelé ; j'éthérisai de nouveau la malade et je pus remettre l'utérus dans ses relations normales en moins de cinq minutes. C'était en mai 1860, environ douze mois après la couche. Mes confrères présents à

l'opération me firent beaucoup d'honneur de la facilité avec laquelle je l'accomplis. Mais la rapidité de l'exécution fut un peu accidentelle. Ayant introduit la main gauche dans le vagin, je saisis l'utérus, et je l'eus bientôt mis dans la position représentée par la figure 46 (page 153), où l'on voit le fond de la matrice engagé dans l'orifice. A ce moment je changeai la manière dont je tenais l'utérus, et, par accident plutôt qu'à dessein, je fis céder profondément la corne droite, *a*, avec le pouce de la main gauche ; les doigts comprimèrent le côté de l'organe, *b*, tandis que le pouce pesait sur le tissu dans lequel il était enfoncé, les doigts agirent à l'opposé dans une direction contraire, et, à ma grande surprise, l'utérus bondit, pour ainsi dire, hors de ma main, et alla prendre sa position normale. Je n'avais certes pas eu la moindre idée de rétablir l'organe par un travail de moins d'une demi-heure.

Le cas rapporté par le docteur Noeggerath fut réduit presque entièrement d'après le même principe ; mais, au lieu de devoir comme moi son succès à un fait accidentel, il réussit par un procédé raisonné, après avoir échoué par la méthode ordinaire.

Je l'ai dit, nous sommes redevables au docteur Tyler Smith, de Londres, et au professeur White, de Buffalo, de nos succès actuels dans le traitement de l'inversion de l'utérus. Ces deux hommes distingués semblent avoir résolu le problème à peu près à la même époque et à l'insu l'un de l'autre. Le docteur Tyler Smith

opère plus lentement par pression graduelle et persistante, au moyen du pessaire élastique ; le docteur Smith suit le procédé plus brillant, mais plus dangereux, de la réduction immédiate par la manipulation, sous l'influence du chloroforme. Je crains que, dans mon pays, nous ne nous soyons laissé séduire par l'éclat d'un succès soudain. Pour moi, je suis convaincu, aujourd'hui, qu'il serait plus sûr de combiner les deux systèmes de Tyler Smith et de White.

J'hésiterais longtemps avant de retrancher un second utérus en état d'inversion.

Si j'en juge d'après l'expérience acquise dans les deux cas que j'ai opérés ; la grande difficulté semble consister à faire passer le fond par l'orifice interne. Il avait été assez facile, dans chacun de ces deux exemples, de refouler l'organe dans l'état où il est représenté par la figure 46 ; d'où je conclus que ce n'étaient point des adhérences péritonéales qui faisaient obstacle à l'achèvement de l'opération.

Il y a un point sur lequel je veux insister particulièrement.

Ceux qui suivent la méthode de mon éminent compatriote le professeur White (que j'ai imité) feraient bien d'exercer toujours une contre-pression avec la main droite sur l'abdomen, comme on l'a représenté dans la figure 48.

Lorsque la main qui est dans le vagin pousse l'utérus devant elle, il y a certainement quelque danger de la-

cérer le vagin et de rompre les attaches qui retiennent l'utérus au cul-de-sac postérieur. La contre-pression obviera à cet inconvénient. Un autre avantage de la contre-pression consiste en ce que les doigts qui pèsent

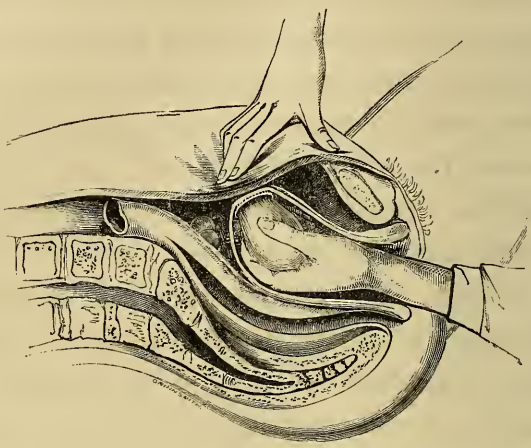

Fig. 48.

sur l'utérus, à mesure que le col se double, aident très-efficacement à dilater la partie à travers laquelle le fond doit passer pour remonter.

Il semble donc, d'après ce que j'ai dit, que la réduction d'une inversion se divise naturellement, en deux phases : la première, qui consiste à remonter le corps de l'utérus dans le col, comme cela est représenté dans la figure 46 ; la seconde, qui consiste à compléter l'opération en forçant le fond à passer par l'orifice interne. La première phase s'accomplit en poussant directement en haut le corps de l'utérus et en donnant au vagin

toute son étendue, ce qui, comme le dit le docteur White, « force l'orifice à s'ouvrir d'abord, ensuite le col, et finalement, si l'on persévère, amène aussi le corps à se replier sur lui-même » ; la seconde s'accomplit en comprimant le fond latéralement, et en enfonçant profondément le pouce dans la corne de l'utérus (fig. 46, *a*). Par ce moyen, nous faisons glisser seulement une moitié de l'organe par l'orifice interne, au lieu du fond tout entier, qui présente un bien plus grand diamètre. La pression antéro-postérieure ne servirait à rien, parce que nous presserions simplement l'une contre l'autre deux surfaces plates et résistantes, mais le pouce peut faire céder la corne et la forcer à rentrer en dedans et en haut. Il est inutile de tenter cette manœuvre avant d'avoir complété la première phase de l'opération.

Je ne pense pas que, généralement, on doive continuer la manipulation pendant plus de trente minutes de suite. Si l'on ne réussit pas du premier coup à rétablir l'organe, on devra introduire un pessaire de caoutchouc, d'après la méthode du docteur Tyler Smith, et attendre que la malade soit parfaitement remise, avant de recommencer.

Mais si, malgré des efforts convenables, on ne parvenait pas à rétablir l'utérus, faudrait-il l'amputer ?

Les succès du professeur Channing, de Boston, et du docteur McClintock, de Dublin, ont prouvé que l'amputation de l'utérus en inversion est une opération qui réussit très-bien, et qu'elle peut se justifier, quand tous

les moyens légitimes de réduction, essayés avec patience et persévérance, sont restés impuissants.

Mais avant de recourir à cette dernière ressource, je voudrais, dans le but de faciliter la marche de la réduction, faire des incisions longitudinales, partant du museau de tanche et s'étendant le long du col, jusqu'à un point situé au-dessus de l'orifice interne. J'en ferais au moins trois, une de chaque côté, comme on le voit dans le dessin ci-contre (fig. 49, *a a*), et une autre, semblable, sur la face postérieure. Je dis postérieure seulement, parce qu'il serait plus facile de la faire là que sur la face antérieure, si la patiente est sur le côté gauche, et si mon spéculum est employé comme d'ordinaire. Le but de ces incisions serait de diviser les fibres circulaires du tissu utérin, et, par là, d'écarter un des principaux obstacles à la réduction du fond.

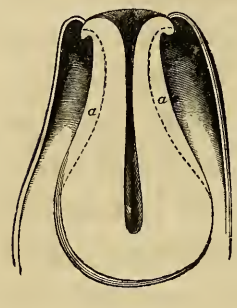

Fig. 49.

J'espère en avoir dit assez pour démontrer que nous ne devons recourir à l'amputation qu'après avoir essayé, avec persistance, tous les moyens capables de replacer l'organe dans sa position normale. La malade chez laquelle je fus assez heureux pour réduire l'organe après douze mois d'inversion conçut dans la suite : nous voyons par là l'importance de cette opération au sujet de la stérilité. L'heureuse réduction opérée par le doc-

teur Tyler Smith, sur une inversion de près de douze ans, fut aussi suivie de conception. Ces deux cas suffisent, je pense, pour nous empêcher de recourir trop promptement à l'amputation.

Je viens d'apprendre du docteur Tyler Smith (12 juillet 1865) que sa malade a eu plusieurs enfants depuis l'opération (en 1856), et que le médecin qui l'a soignée dans sa première couche, après la réduction de l'inversion, dit qu'une nouvelle inversion complète et spontanée s'est encore produite après cette couche, mais qu'il a pu la réduire immédiatement sans difficulté.

Menstruation douloureuse. — La menstruation peut être accompagnée d'un malaise général, mais ce malaise ne doit jamais s'élever au degré d'une cruelle souffrance. S'il se manifeste beaucoup de douleur, soit avant, soit pendant l'écoulement cataménial, cela peut s'expliquer généralement par l'existence de quelques conditions physiques capables d'opposer un obstacle mécanique à l'issue du fluide sanguin de la cavité utérine. Cet obstacle, véritable obstruction, peut être la conséquence de l'inflammation et de la turgescence de la muqueuse qui revêt le canal cervical et le rétrécit par simple tuméfaction de ses parois; mais le plus fréquemment, la cause de l'obstruction est purement anatomique et de nature mécanique.

Je citerai, par exemple, l'extrême petitesse du col utérin, de son orifice et de son canal; son incurvation;

la présence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse dans les parois antérieure ou postérieure, et parfois, dans la portion antéro-latérale de la matrice.

Sur 250 femmes mariées, n'ayant jamais eu d'enfants, j'en ai compté 129, c'est-à-dire plus de la moitié, chez lesquelles la menstruation était accompagnée de douleurs anormales. J'ai pris l'habitude de les diviser en deux classes : les unes à menstruation simplement douloureuse, les autres à menstruation excessivement douloureuse ou dysménorrhéiques. Parmi les 129, il y en avait 100, ou une sur deux et demi du nombre total, qui rentraient dans la première classe ; 29 ou une sur huit six dixièmes faisaient partie de la seconde, comme dysménorrhéiques. Parmi les 100 dont la menstruation était simplement douloureuse, 58 avaient l'utérus en antéversion, ou pour mieux dire en antéflexion, 17 présentaient des tumeurs fibreuses de la paroi antérieure de l'utérus, 25 avaient cet organe rétroversé et sur ce dernier nombre 7 portaient des tumeurs fibreuses de la paroi postérieure ; 17 avaient la matrice dans une position normale, une d'elle offrait une tumeur fibreuse du fond. Sur 100 cas de menstruation douloureuse, l'orifice du col était normal 6 fois seulement, exagérément étroit 90 fois, et 4 fois anormal d'une façon ou d'une autre. Dans les 29 cas de menstruation excessivement douloureuse ou dysménorrhée proprement dite, l'orifice ne s'est pas présenté une seule fois à l'état normal ; 26 fois il était trop étroit, et, 3 fois, irrégulier ou difforme.

Le tableau suivant permet d'envisager d'un coup d'œil ces particularités.

Sur 100 cas de menstruation simplement douloureuse.	Orifice normal seulement .	6 fois.
	— trop étroit..	90
	Col fléchi.....	61
	— congestionné.....	7
	Présence de polypes.....	2
Sur 29 cas de menstruation excessivement douloureuse.	Orifice normal.....	0 fois.
	— trop étroit.....	26
	Col fléchi.....	23
	Présence de polypes.....	2
	Col congestionné.....	1

Il résulte de ce tableau que la menstruation douloureuse est presque toujours due à des causes mécaniques, puisque dans les 129 cas relatés, 8 seulement paraissent être attribués à l'engorgement ou à la congestion de la membrane cervicale, et que parmi ces derniers quelques-uns se trouvaient compliqués de courbure du col ou de productions fibreuses développées sur un point quelconque de la matrice. Je ne nie point que la menstruation puisse être douloureuse par le fait d'un simple état congestif de la membrane cervicale, et sans qu'il existe ni productions fibreuses, ni polypes, ni étroitesse exagérée de l'orifice du col, ni courbure de son canal, mais de tels cas sont rares, et j'ai pu constater que dans la grande majorité des faits, les femmes atteintes de dysménorrhées ont l'orifice utérin trop étroit, et le canal cervical rétréci ou recourbé. Quelquefois cet orifice peut à peine recevoir la tête d'une grosse épingle, ou présenter assez de largeur pour permettre

l'introduction d'une bougie n° 4. Dans certains cas il est parfaitement large, mais le canal peut être fléchi de façon à former une sorte de valve qui met obstacle à la sortie du sang menstruel. Si, parfois, on trouve le méat utérin petit ou le canal fléchi, sans que pour cela les règles soient douloureuses, c'est que le col élastique et mou ne présente aucun vestige d'induration. Dans les 129 cas de menstruation difficile, la position de l'utérus était normale 20 fois seulement, tandis qu'il était en antéversion 81 fois (avec 31 fois complication de tumeurs fibreuses dans la paroi antérieure) et 28 fois en rétroversion (avec 10 fois complication de tumeurs fibreuses).

Outre l'étroitesse de l'orifice et la courbure du canal, nous avons vu un grand nombre de cas dans lesquels le col est long, pointu et induré. Si la flexion est antérieure, nous trouvons souvent la portion intra-vaginale du col inégalement développée. La partie postérieure comprise entre l'orifice et l'insertion du vagin en *a* (fig. 50) peut avoir un pouce un quart de long, tandis que la partie antérieure, mesurée de l'orifice au point d'insertion du cul-de-sac antérieur, n'offre qu'un tiers de pouce de long.

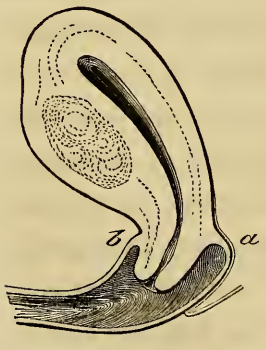

Fig. 50.

La dimension de l'orifice, la position et les relations

du col sont reconnues, comme je l'ai déjà expliqué (page 12) par le toucher; mais il est toujours nécessaire de recourir à la sonde pour déterminer l'étendue, la courbure et l'étroitesse du canal, car il est des cas où l'œil et le toucher permettent de constater que l'orifice est suffisamment large et dans lesquels il existe, malgré cela, une courbure, même assez aiguë, au point de réunion du col et du corps de l'utérus, courbure probablement due à la présence d'un petit corps fibreux dans la paroi antérieure de cet organe (fig. 41, page 122).

Les faits que je viens de citer prouvent que la pathologie de la dysménorrhée est encore à écrire. Elle n'est suivant moi, qu'un symptôme, un signe de maladie liée à quelques conditions organiques anormales. Elle peut être l'effet ou la cause de l'inflammation, comme aussi elle peut exister sans elle, mais, inflammatoire ou non, son action est mécanique; et je pose en principe qu'il ne saurait y avoir de dysménorrhée proprement dite, si le canal cervical est droit et assez large, ou, en d'autres termes, s'il n'existe aucun obstacle à la sortie du fluide sanguin, sur un des points compris entre l'orifice interne et l'orifice externe, c'est-à-dire d'un bout du canal à l'autre.

Le docteur Bennett (1) a toujours enseigné « que la menstruation pouvait être douloureuse, excessivement

(1) *Lancet*, June 24, 1865, p. 673.

douloureuse même, sans qu'il existât un obstacle d'aucune espèce que ce soit ». Pendant longtemps j'ai pensé de même, simplement parce que le docteur Bennett et d'autres l'avaient dit ainsi ; mais aujourd'hui je ne puis croire à cette doctrine, parce que l'expérience m'a démontré qu'il en était autrement. Je ne connais point de *dysménorrhée constitutionnelle*. Il fut un temps où l'on considérait l'hydropisie comme une entité ; nous savons maintenant qu'elle n'est qu'un symptôme des maladies du cœur, des reins ou du foie, et qu'elle peut se montrer à la suite des hémorrhagies et des diarrhées. Il en est de même de la dysménorrhée qui n'est que l'expression symptomatique, tantôt d'une inflammation de la muqueuse cervicale, d'une rétroflexion ou d'une antéflexion ; tantôt d'une tumeur fibreuse dans l'une des parois de la matrice. Ici, de l'étroitesse de l'orifice interne ou externe ; là, de la courbure plus ou moins prononcée du canal, soit à son orifice interne, au point d'insertion du vagin, soit dans toute l'étendue de son parcours, toutes causes mécaniques d'obstruction qu'il faut reconnaître et détruire, si l'on veut procéder rationnellement à la cure de la dysménorrhée. On ne parle pas de maux de dents constitutionnels, de coliques constitutionnelles, de fractures, de luxations constitutionnelles ; qu'on ne nous parle pas plus de dysménorrhée constitutionnelle, ce n'est là qu'une redondance qui ne signifie absolument rien. Le fait est que la plupart des maladies de l'utérus sont purement chirurgicales, comme celles

de l'œil, et qu'elles réclament du véritable chirurgien le même discernement, la même habileté. Si nous ne découvrons pas la condition anormale qui produit les manifestations morbides, soit du côté des sensations, soit du côté des sécrétions, nous devons reconnaître que c'est pleinement notre faute. En effet, l'utérus est de tous les organes le plus subordonné aux lois de l'exploration physique, et si dans chaque maladie qui lui est propre, nous ne pouvons indiquer la condition particulière qui la produit ou l'accompagne, cela tient uniquement à ce que nous n'appliquons pas nos connaissances physiques à nos investigations.

Autrefois, le traitement de la dysménorrhée était tout empirique. Devees a guéri plusieurs malades avec sa teinture de gaïac ammoniacale; quant à moi, je n'en connais aucun qui ait retiré le moindre bénéfice de ce médicament si désagréable, si nauséabond, que je n'ai jamais pu décider personne à persévérer dans son usage, et, je dois le confesser, depuis ces dernières années, mieux éclairé sur la nature de la maladie, j'ai totalement cessé de le prescrire. Mon ami, le professeur F. D. Fenner (1), de la Nouvelle-Orléans, a donné avec grand succès le bichlorure de mercure à petites doses; mais je n'ai aucune expérience de ce remède; plusieurs praticiens ont recours à la belladone et à d'autres narcotiques qui ne produisent qu'un effet palliatif. L'opération

(1) *New Orleans Medical News*, 1858.

qui consiste à élargir le canal cervical au moyen de l'incision n'est pas toujours couronnée de succès, néanmoins c'est le seul procédé qui m'ait donné quelque petit résultat. Toute la philosophie de l'opération consiste à élargir le canal et à le maintenir ouvert de telle sorte qu'il puisse permettre le passage libre du flux menstruel. M'Intosh dilatait le col avec des bougies, mais quiconque a suivi sa pratique a dû être frappé de l'incertitude du résultat, même au point de vue de l'absence prétendue de la douleur, pour ne rien dire du danger qui accompagne ce procédé. A priori, il semblerait que ce soit une chose insignifiante que de passer une bougie dans le canal cervical, mais j'atteste que j'ai vu survenir à la suite les plus sérieux accidents. En 1859, le professeur Metcalfe, de New-York, confia à mes soins un cas de dysménorrhée accompagné de stérilité. L'utérus, légèrement antéversé, portait une petite tumeur fibreuse dans sa paroi antérieure. Le col était long, pointu, induré, l'orifice excessivement resserré, et le canal, quoique droit, présentait une étroitesse marquée. Je proposai l'incision de l'orifice et du canal qui fut rejetée par la malade, bien que M. Metcalfe souhaitât qu'elle fût faite. J'expliquai alors le procédé par la dilatation qu'elle consentit à essayer. En conséquence, j'introduisis une petite bougie à la profondeur de deux pouces et je la laissai en place pendant quelques minutes. Le lendemain j'employai une bougie un peu plus grosse, et deux ou trois jours plus tard, je me servis d'une bougie

conique n° 9. La malade se plaignit alors d'éprouver beaucoup de douleurs, et l'orifice était le siége d'une lacération légère. Pendant la nuit, elle eut des frissons suivis de fièvre, précurseurs d'une violente attaque de métro-péritonite qui dura plusieurs semaines et qui compromit son existence. La convalescence fut lente et pénible. Ce fut là mon dernier cas de dilatation par les bougies. Je connais plusieurs exemples de cette sorte entre les mains d'autres médecins de mon pays, et j'en ai vu deux à Paris, pendant le court séjour que j'y ai fait.

Au mois de novembre 1861, à Paris, un médecin de mes amis m'appela à voir un cas de dysménorrhée avec stérilité, après huit ou neuf ans de mariage ; je trouvai l'orifice et le canal cervical fort étroits, le col était long, pointu et induré. C'était justement un cas à opérer, sinon, il n'y avait rien à faire. Je lui proposai d'inciser le col, mais il en fut effrayé, et, un an plus tard, il introduisit une bougie d'ivoire flexible, destinée à rester en place et à dilater mécaniquement, en absorbant de l'humidité au point de grossir du double de son volume primitif. Il se déclara une métro-péritonite violente, et quand je vis la malade, huit jours après le début de la maladie, elle avait encore cent quarante pulsations et elle ne se rétablit définitivement qu'après avoir été en danger pendant assez longtemps.

L'autre cas de métro-péritonite consécutive à la dila-

tation mécanique, se déclara sur une malade soignée par un des praticiens les plus éminents de Paris. Mais heureusement, après trois semaines de fièvre et de grandes souffrances, la santé se rétablit.

Ces faits plaident simplement contre la dilatation mécanique; mais on peut raisonnablement poser cette question : Est-elle plus dangereuse que l'incision du col de la matrice? je réponds : oui. Je ne saurais dire maintenant combien de centaines de fois (certainement plus de cinq cents fois) l'incision de l'orifice et du col utérin a été faite par le docteur Emmet et par moi-même à l'Hôpital des Femmes et dans la pratique privée. Eh bien! je ne me souviens que d'un seul cas où elle fut suivie de symptômes inflammatoires et ils résultaient d'un abcès développé dans le tissu cellulaire pelvien. Encore dois-je ajouter que le cas était mal choisi pour cette opération, et je ne l'eusse certainement pas faite, si j'avais su que la malade avait eu, autrefois, un abcès du bassin. Le chirurgien, résident de l'hôpital, ayant oublié de mentionner cette particularité, il s'ensuivit l'accident en question.

Quelques chirurgiens préfèrent dilater le col avec l'éponge préparée, et parmi eux figurent, au premier rang, les noms distingués de Bennet et de Tilt. J'ai essayé cette méthode et les résultats n'ont été rien moins que satisfaisants. Le professeur A. K. Gardner, de New-York, après l'avoir employée largement et avec persévérance, l'a abandonnée aujourd'hui, à cause de

ses insuccès. Le docteur Tilt pense que l'incision du col est *une opération injustifiable*, et il la rejette parce qu'elle produit de la douleur et un écoulement de sang alarmant, sinon fatal. Quant à la douleur, je suis certain que l'emploi de la bougie la développe beaucoup plus que je ne l'ai jamais vu par le fait de l'opération qui, à dire vrai, ne peut passer pour une opération douloureuse. Je l'ai pratiquée plus d'une fois sur des femmes délicates et craintives qui avaient bien la conscience qu'on leur faisait quelque chose, mais qui n'avaient aucune idée que ce fût une opération chirurgicale. Je suis opposé à ce qu'on opère sur un être raisonnable, sans lui avoir expliqué, avant tout, ce qu'il s'agit de faire et pourquoi on le fait. Dans les cas dont j'ai parlé, les opérations n'ont eu lieu que sur la demande et l'ardent désir des maris qui craignaient que leur femme ne voulussent pas s'y soumettre, si on leur avait donné une explication complète.

En 1858, je conseillai cette opération pour un cas de dysménorrhée avec stérilité, qui me fut envoyé par le docteur Vanderpool, d'Albany (New-York). Il y avait une antéflexion, avec hypertrophie légère de la paroi de l'utérus, étroitesse de l'orifice et courbure du canal cervical. Mon confrère avait essayé des bougies pendant un certain temps, sans obtenir aucune amélioration permanente; alors, convaincu qu'une opération était nécessaire, il m'envoya sa malade sur l'esprit de laquelle l'idée d'une incision agit d'une manière si ter-

rible, qu'elle consulta un autre chirurgien. Celui-ci appela l'opération *une boucherie*, la déclara dangereuse, et promit d'obtenir la guérison par la dilatation seule. Cette alternative offerte à une femme souffrante et terrifiée fut accueillie avec empressement, aussi se soumit-elle aussitôt au traitement proposé. Elle demeura plusieurs mois à New-York, subissant une dilatation journalière, ce qui n'empêcha pas qu'elle retourna chez elle sans avoir obtenu le moindre bénéfice permanent. Trois mois après, elle me consulta de nouveau. L'utérus était absolument dans l'état où je l'avais vu sept ou huit mois avant. La malade convaincue, cette fois, que l'opération était sa seule ressource, consentit à s'y soumettre. Quand tout fut fini, elle pouvait difficilement le croire; elle déclara que chaque fois qu'une bougie avait été introduite, elle en avait souffert beaucoup plus que de l'opération.

Mais si loin que puisse être portée la douleur, il conviendrait encore de ne pas s'en occuper en présence des procédés anesthésiques, et quand nous en venons à parler des dangers attachés à l'incision, je puis difficilement admettre que ce point soit débattu. Lorsqu'en effet je compare ces dangers avec ceux de la dilatation mécanique, je n'hésite pas un moment à déclarer que la première est infiniment plus sûre et de beaucoup préférable, à cause de la permanence de ses résultats. Car, si j'ai fréquemment vu la pelvite succéder à l'usage des bougies et des tentes, je ne l'ai jamais rencontrée

qu'une seule fois, après l'opération par incision. Mais demandera-t-on, cette opération ne présente-t-elle donc aucun risque? Le seul accident que j'aie rencontré, c'est l'hémorrhagie; encore était-ce à l'époque ou j'opérais pour les premières fois et avant que l'expérience ne m'eût appris qu'il y avait là quelque danger à redouter. Aujourd'hui, je ne vois plus cet accident, parce que je sais me mettre en garde contre lui. Quand le docteur Simpson fit ses premières publications sur ce sujet, il déclara n'avoir jamais eu directement ou secondairement ni hémorrhagie, ni aucun autre accident; de telle sorte que je fus enhardi à faire l'opération chez moi et à permettre aux malades de rentrer à leur domicile aussitôt après. Mais je fus bientôt détrompé sur ce point, car dans le court espace de deux mois j'eus cinq cas d'hémorrhagies vraiment alarmants. L'une d'elles survint chez une dame de Jersey qui fit cinq milles en diligence, après l'opération. L'écoulement sanguin apparut juste au moment de son arrivée à domicile. Elle était, naturellement, fort effrayée, et elle m'envoya chercher immédiatement, ainsi que le médecin de la famille qui, plus près que moi, vint aussitôt, enleva le bandage, retamponna le vagin et arrêta promptement l'hémorrhagie, avant mon arrivée. Les autres cas, bien qu'ils se soient présentés chez des malades qui demeuraient plus près de chez moi, étaient également alarmants; dès lors, je me promis de ne jamais opérer dans mon cabinet. En 1861, quand le docteur Simpson

était à Édimbourg, je lui demandai, en lui rendant compte de ce que je savais sur ce sujet, si l'opération était encore aussi sûre entre ses mains qu'il l'avait annoncé d'abord, lorsqu'il déclarait que jamais il n'avait eu aucun accident hémorrhagique.

Je ne puis me rendre compte de cette différence dans les résultats de notre expérience respective, à moins que je n'incisasse beaucoup plus largement que ne le faisait le docteur Simpson qui, pour me satisfaire sur ce chapitre, m'invita à assister à une de ses opérations. Il s'agissait d'une dame des possessions anglaises. L'orifice était étroit, le canal resserré, le col allongé, pointu et induré, circonstances qui justifiaient précisément l'opération, car l'induration cartilagineuse du col excluait toute autre méthode. L'opération fut faite avec l'habileté particulière à l'opérateur qui, alors, et à deux ou trois reprises, passa dans le vagin un pinceau saturé de solution de perchlorure de fer; dix à quinze minutes après être entré dans l'appartement de la malade, nous étions déjà dans la rue, disposés à faire d'autres visites. M. Simpson avait une telle confiance dans l'opération et dans le styptique employé qu'il n'en surveillait pas même les conséquences. Avant d'opérer, il me demanda de constater par le toucher l'état du col utérin que je trouvai tel que je l'ai déjà décrit; ayant répété cette exploration après l'opération, je pus voir que le col avait été divisé de l'orifice externe à l'orifice interne, aussi largement que possible, ce qui me prouva que la diffé-

rence de nos résultats au point de vue de l'hémorrhagie était indépendante de l'étendue de l'incision. Je ne saurais prétendre expliquer comment l'opération, non suivie d'hémorrhagie en Écosse, peut l'être en Amérique, et je dois engager mes compatriotes à prendre leurs précautions contre cet accident, presque le seul qui puisse accompagner l'opération. On doit me pardonner si j'insiste encore sur ce sujet. Cette opération, simple comme elle l'est, constitue à mes yeux un des grands progrès de la chirurgie de notre époque, et je suis si fermement convaincu de son mérite que je dois encourager les jeunes praticiens à prendre toutes les précautions pour qu'elle ne tombe pas en discrédit, en permettant qu'une complication accidentelle, qui ne devrait jamais se montrer, vienne cependant à se manifester. Je connais, dans mon pays, un jeune médecin de talent, plein d'avenir, dont la réputation fut très-près d'être ruinée, parce qu'il s'en était rapporté aveuglément à l'autorité scientifique, en opérant avec la certitude qu'il n'y avait aucun danger à redouter de la part de l'hémorrhagie. Habitué à entendre parler de cette opération comme d'une bagatelle à l'abri de toute espèce de risque, il la pratiqua dans son cabinet, sans précaution, et permit à la malade, quelques heures après, de retourner chez elle à une distance de quatre ou cinq milles. L'hémorrhagie survint par malheur ; on manda le chirurgien, qui ne se trouvait pas chez lui et qu'on eut quelque peine à rencontrer ; quand il arriva près de la malade, la perte de

sang l'avait réduite à un tel état de syncope qu'elle ne put en revenir. C'est le seul cas que je connaisse de mort authentique causée par hémorrhagie, à la suite de cette opération, et je crois naturel de penser que sans la confiance présomptueuse du chirurgien dans son innocuité, ce terrible accident ne fût point arrivé. Un tel malheur peut être étouffé dans une grande ville; mais s'il tombe sur un praticien de la province, il peut compromettre à tout jamais sa réputation et sa fortune.

Le cas précédent se passa dans un village, et l'on peut s'imaginer ce que devint la rumeur publique, quand chacun se prit à discuter sur ce sujet et à blâmer un jeune médecin d'avoir causé la mort subite d'une femme qui paraissait jouir de la santé la plus vigoureuse. Un éminent professeur d'obstétrique attesta que l'opération était justifiable, qu'elle avait été bien faite et que la mort avait été la conséquence d'un accident rare et inattendu. Ce témoignage, corroboré par d'autres, calma l'indignation générale, et le jeune praticien fut réintégré dans la confiance publique.

Mais on nous demandera, sans doute, s'il n'existe aucun autre danger. Je ne puis que répéter ici ce que j'ai déjà dit, c'est-à-dire que sur plusieurs centaines de femmes opérées soit à l'Hôpital des femmes, soit dans ma pratique privée, je n'ai vu qu'un cas d'abcès du bassin, seul danger, autre que l'hémorrhagie, que je connaisse après l'opération; je dois ajouter que cet accident, qui n'a paru qu'une seule fois entre mes mains

à la suite de l'incision, s'est fréquemment présenté à mon observation, comme résultat de la dilatation mécanique par les bougies ou les éponges.

Voici mon résumé : règle générale, l'incision est moins douloureuse que l'usage des bougies, qui doit être prolongé pendant plusieurs mois; elle est entièrement exempte du danger de l'hémorrhagie. Elle est moins souvent suivie d'inflammation du tissu cellulaire du bassin; elle donne des résultats plus certains, permanents, et si nous l'excluons de la pratique, il existe un grand nombre de cas susceptibles de guérison, qui devront être abandonnés sans traitement. Ainsi, à mon point de vue, l'opération par incision, quand elle est indiquée, doit être préférée à tout et à tous les autres moyens d'élargissement du canal cervical.

Je suis surpris de voir qu'en dehors d'Édimbourg, cette opération soit si rarement faite. A Londres, elle est condamnée par le grand corps médical, bien que plusieurs chirurgiens distingués l'aient pratiquée. Mais là où nous trouvons un homme pour la soutenir, nous devons battre en brèche les raisons qu'on lui oppose, d'autant mieux qu'il n'est pas possible que les choses en restent là, car partout où l'honnêteté et l'intelligence règnent en reines, comme aujourd'hui, il faut nécessairement que la vérité triomphe.

Sur le continent, cette opération, autant que je sache, est presque complétement frappée d'ostracisme. Quand je vins à Paris, au mois de septembre 1862, une dame

d'une position élevée me demanda mon avis relativement à sa stérilité. Elle était mariée depuis treize ans sans avoir eu d'enfants. Après l'avoir examinée, je fus convaincu que la conception ne pourrait jamais avoir lieu, à moins qu'on n'ouvrît le col de la matrice au moyen de l'incision. On avait déjà employé sans aucun succès toutes sortes de procédés de dilatation mécanique, à la suite desquels était survenue de la métro-péritonite, et qui avaient laissé l'orifice et le canal aussi resserré qu'auparavant. Quand le mari de cette dame me fit cette question : « Quels sont les dangers de l'opération? » je répliquai : « En Amérique et en Angleterre, aucun autre que l'hémorrhagie, et nous la dominons. Je ne saurais dire ce qui arriverait à Paris, où vous voyez des érysipèles compliquer fréquemment les plaies les plus légères; parlez-en à votre chirurgien. » Je fus réuni à M. le professeur Nélaton, qui déclara qu'en France, l'opération ne pouvait être pratiquée sans grand risque de la vie. Une pareille opinion, émanée d'un homme aussi haut placé dans la chirurgie, dut naturellement faire mettre de côté toute opération, au moins pour le présent. Cependant, peu de temps après, j'eus la bonne fortune de rencontrer le docteur Olliffe, qui m'invita à opérer une de ses malades, dans les rangs les plus élevés de la société. Quand je lui fis part de ce que je viens de raconter, il me répondit qu'étant familiarisé avec tout ce qui avait été écrit sur ce sujet, soit en Angleterre, soit en Amérique, il connaissait l'innocuité de

l'opération et voulait en assumer sur lui toute la responsabilité. Ce fut la première; je la pratiquai à Paris, le 31 octobre 1862, en présence de M. le docteur Olliffe. Sa malade se rétablit sans éprouver le plus léger trouble, et le 2 décembre suivant, j'opérais l'autre personne dont je viens de parler. Mais pour se garder contre l'influence atmosphérique de Paris, la malade fut opérée à son château, peu éloigné de la capitale. Ce cas marcha vite et bien, comme d'ordinaire, et la conception survint sept ou huit mois après. Aujourd'hui (septembre 1865), elle est mère de deux beaux enfants, l'un de seize mois, l'autre d'un mois, après un mariage resté stérile pendant treize ans. Si je traite un peu minutieusement la partie historique de l'introduction de cette opération en France, c'est que je tiens à faire savoir qu'elle peut y être pratiquée aussi bien et avec autant de sécurité que partout ailleurs.

Ma troisième opération fut faite sur une Française et à la campagne; la suivante sur une Américaine, et à Paris; puis sur une autre Américaine; après quoi j'opérai sur des Françaises, et dans la capitale, avec autant de confiance que si j'avais été en Amérique.

Qu'on me pardonne d'insister autant sur ces menus détails; mais comme l'opération était condamnée, en France, par une notoriété chirurgicale, il était important, bien moins pour moi-même que pour les progrès de la science, que je prisse toutes les précautions possibles pour me prémunir contre de fâcheux résultats.

J'ai fait vingt-quatre opérations sur le continent, sans voir aucun accident, à l'exception d'un seul cas dans lequel survint, au sixième jour, une hémorrhagie qui fut, du reste, en mon absence, promptement conjurée par le docteur Olliffe. L'âge des opérées variait de vingt-deux à quarante ans, et elles étaient originaires de France, de Vienne, de Francfort, d'Angleterre, d'Irlande, d'Écosse et des États-Unis. Les opérations pratiquées en automne, en hiver, au printemps et en été, furent au nombre de vingt à Paris, deux dans ses environs, deux à Baden, et dans tous les cas la convalescence se montra tout aussi rapide et tout aussi sûre qu'elle l'a toujours été à New-York. Il est évident que le nombre de ces succès n'est pas encore suffisant pour imposer cette opération et justifier son acclimatation; mais on ne saurait nier, assurément, qu'ils ne méritent au moins de fixer l'attention des praticiens français.

Mais nous parlions de la menstruation douloureuse et des états qui l'accompagnent presque constamment: l'étroitesse de l'orifice et du canal cervical; après avoir abordé d'une manière générale les différents moyens d'en triompher, nous pouvons maintenant discuter le mode opératoire et le traitement consécutif auquel on doit avoir recours pour prévenir l'hémorrhagie et pour obtenir sûrement une dilatation suffisante du canal.

C'est au docteur Simpson que nous sommes redevables de l'opération de l'orifice et du canal cervical par incision. Dans son pays, comme dans le mien, sa

méthode est suivie par la plupart des chirurgiens. Il place la femme sur le côté gauche, introduit l'index d'une main dans le vagin, relève le fond de l'utérus s'il est en antéversion, passe son utérotome (fig. 51) dans

Fig. 51.

le canal, traverse l'orifice interne, fait jouer la lame de l'instrument et le retire en divisant un des côtés du col. L'introduisant de nouveau, il tranche l'autre côté de la même manière et produit ainsi une incision bilatérale, assez large pour permettre au doigt de franchir l'orifice interne. Alors, comme je l'ai déjà dit, il termine en passant dans le vagin un large pinceau chargé de solution de perchlorure de fer.

Le docteur Greenhalg a modifié l'instrument de Simpson en lui donnant deux lames qui coupent à la fois les deux côtés du col et produisent une uniformité de section qu'on n'obtient pas toujours avec une seule lame. Cet instrument (fig. 52), chef-d'œuvre de simplicité, réussit fort bien dans ses mains exercées. Mais je suis opposé à ces deux procédés, parce qu'ici tout se passe dans l'ombre et qu'ils substituent l'action d'une machine au jugement du chirurgien.

Supposons qu'il soit nécessaire d'amputer une luette

allongée, ce qui arrive assez fréquemment, sera-t-il rationnel d'introduire un doigt dans le gosier et de s'en servir pour guider une machine destinée à faire l'opération? Ou bien sera-t-il plus chirurgical, plus précis de regarder au fond de la bouche, de saisir la partie et de l'amputer juste au point qui nous aura paru le mieux indiqué, selon chaque cas en particulier? Il y a des opérations, sans aucun doute, qui doivent être faites à l'aide du toucher seul; mais nous ne devons jamais préférer cette conduite, s'il est possible d'appeler la lumière au secours des procédés manipulatoires.

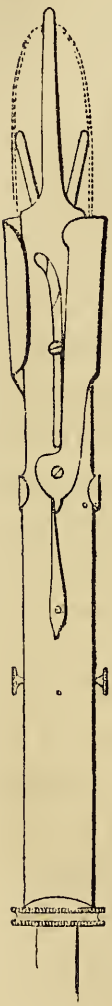

Fig. 52.

Outre ces objections qui s'adressent aux instruments de cette classe, il en est d'autres qu'on peut faire à tous ceux qui ont pour principe de trancher de dedans en dehors. L'utérus, par exemple, peut glisser et s'éloigner plus ou moins, sous l'influence de la seule force centrifuge des lames, au moment de leur développement. Dès lors, nous ne sommes jamais sûrs de la profondeur et de la largeur de l'incision; trop grande ou trop petite, il n'est pas prudent d'y remédier après coup.

L'opération, telle que je la fais, diffère de celle de M. le docteur Simpson, non par le but ou par

l'intention, mais simplement par l'exécution mécanique. Lui et ses partisans opèrent dans l'obscurité, moi je mets tout au grand jour; ils tranchent de dedans en dehors, je suis une direction contraire, à partir de l'orifice externe en remontant vers la cavité de la matrice; ils ont pour règle de ne pas faire de tamponnement après l'opération, moi je n'y manque jamais, dans le double but de prévenir l'hémorrhagie et d'assurer l'élargissement de l'orifice.

Je place la femme sur le côté gauche, comme pour toutes les opérations de chirurgie utérine. Le spéculum (fig. 5, page 22) étant introduit, je porte un petit ténaculum recourbé au centre de la lèvre antérieure du museau de tanche et je pousse légèrement l'utérus en avant; je passe alors une des lames d'une paire de ciseaux courbes dans le canal cervical assez profondément pour que l'autre lame de l'instrument vienne presque confiner au point d'insertion du vagin sur le col, et je divise ainsi, d'un seul coup, la portion embrassée entre les deux branches des ciseaux. Je tranche de la même façon le côté opposé, et l'opération est presque terminée (fig. 53). Pendant que l'utérus est encore fixé par le ténaculum, on étanche le sang avec une éponge et il ne reste plus qu'à passer un bistouri mousse, à lame étroite, emmanchée sur un angle convenable, pour diviser de chaque côté la petite portion du tissu que les ciseaux ont épargnée par en haut, vers la cavité utérine.

Jamais les ciseaux ne tranchent tout le tissu saisi

entre leurs lames, ils le repoussent un peu en arrière, en laissant une entaille profonde de chaque côté de l'orifice. L'avantage que je trouve à me servir de ces

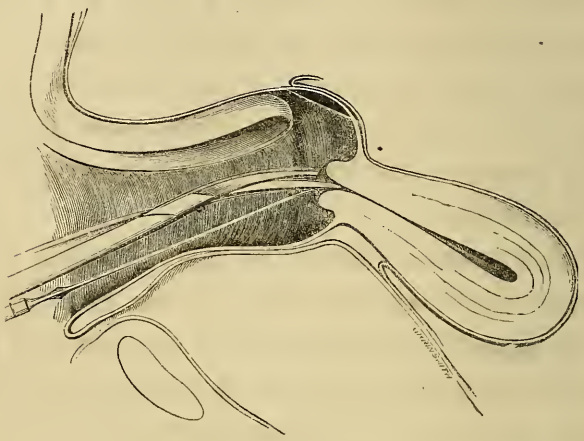

Fig. 53.

instruments pour couper les bords de l'orifice, c'est que j'obtiens des incisions parfaitement régulières et symétriques.

Fig. 54.

J'emploie souvent, aujourd'hui, des ciseaux à lames droites très-courtes, mais courbées à leur point d'articulation, comme on peut le voir ici.

La figure 55 représente la lame du bistouri en position convenable pour inciser le côté gauche du canal.

Lorsqu'il s'agit d'inciser le côté droit, il faut tourner la lame dans la direction opposée et dans le sens de la ligne pointée. Cette lame peut être fermement fixée à quelque angle qu'on le veuille, au moyen de l'écrou placé à l'extrémité inférieure du manche et qui pousse un tenon dans un petit trou, comme on le voit par la figure 56, où est représentée une lame à forme de rasoir.

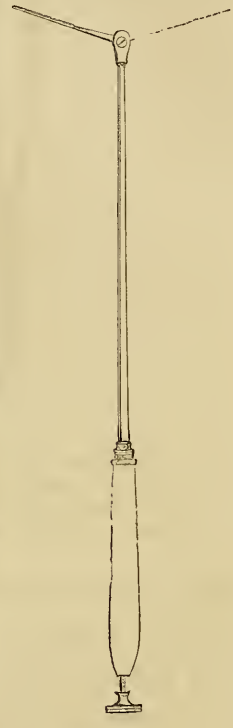

Fig. 55.

L'opération est rapidement faite et le chirurgien juge, selon les cas particuliers, de l'étendue qu'il doit donner aux incisions. L'écoulement de sang est ordinairement insignifiant, mais il peut quelquefois se montrer avec abondance, et je l'ai vu, occasionnellement, si rapide qu'il remplissait le vagin, avant qu'on eût le temps de laver l'éponge qui servait à l'étancher. Mais il n'y a là rien à redouter. Il suffit de pousser une ou deux éponges (fig. 57) dans le col de l'utérus, en ayant soin de fixer fermement cet organe au moyen du ténaculum, car si l'hémorrhagie est abondante, il est très-gênant de laisser glisser cet instrument, surtout quand le vagin est lâche

Fig. 56.

et profond ; en une ou deux minutes la pression avec le porte-éponge suffit ordinairement pour arrêter l'écoulement sanguin. Cela fait, on procède au pansement :

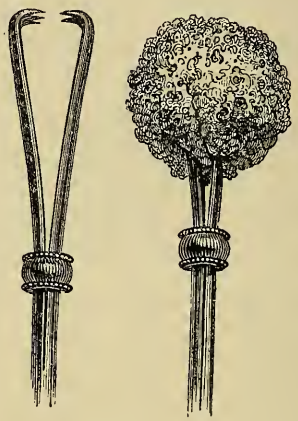

Fig. 57.

Cette planche est ici pour faire connaître le mécanisme du porte-éponge et la grosseur de l'éponge. Nous nous servons souvent d'une éponge assez grosse pour passer dans le col, et nous en employons quelques-unes beaucoup plus petites.

Deux ou trois petits morceaux d'ouate, assez gros, après les avoir humectés, pour remplir l'ouverture de l'orifice, sont imprégnés d'eau, et trempés dans une solution neutre de perchlorure de fer de Deleau, allongée de quatre ou cinq parties d'eau, ou dans la liqueur persulfatée ferrugineuse de Squibb, également diluée. Après avoir pressé de nouveau entre les doigts ces petits bourdonnets de coton pour les débarrasser de l'excès de liquide, on porte l'un deux dans un des angles de la plaie, en ayant soin d'en faire pénétrer une partie dans le canal cervical, où il faut le maintenir

à l'aide du porte-éponge. On agit de même pour placer et maintenir un autre bourdonnet dans l'angle opposé de la plaie, et, s'il est nécessaire, on en place un troisième, au centre, entre les deux premiers. Alors, s'il n'y a plus d'écoulement de sang, on pose sur le museau de tanche un morceau d'ouate humecté d'eau ou de glycérine, recouvert lui-même d'un tampon de coton sec, destiné à maintenir et à consolider le pansement. La malade doit être replacée dans son lit, après avoir passé cinq ou six minutes sur la table à opérations; on lui permet de manger et de boire comme à son ordinaire, mais on l'oblige à garder la position horizontale pendant quelques jours. Elle peut uriner couchée ou levée, le décubitus n'ayant d'autre but que d'assurer le maintien du pansement. Je permettais autrefois à mes malades de se lever et de se promener dans leur chambre dès le lendemain de l'opération, mais je me suis vu si souvent ennuyé par l'apparition de l'écoulement sanguin, que j'ai pris, enfin, la résolution de leur faire garder le lit, jusqu'au moment de la séparation spontanée du pansement.

Le lendemain, j'enlève soigneusement le tampon placé dans le vagin, en donnant à la femme une position semblable à celle qu'elle avait au moment de l'opération, et en me servant du spéculum, qui doit être introduit avec précaution, pour ne point changer les relations des diverses pièces de l'appareil. Quand tout est enlevé, à l'exception des bourdonnets intra-cervicaux,

j'applique sur le col, de manière à le recouvrir entièrement, un nouveau tampon de coton arrosé de glycérine de Price, et je fais remettre la malade dans son lit.

L'effet de ce tampon à la glycérine est de provoquer de la part du vagin une décharge aqueuse abondante qui débarrasse les parties de toutes les sécrétions, ou des exsudations auxquelles donne lieu la supuration. Il faut retirer et renouveler tous les jours ce coton glycériné, jusqu'à ce que le processus suppuratif pousse les pièces de pansement au dehors du col de la matrice, ce qui n'arrive pas avant le troisième ou quatrième jour. Dans l'intervalle, la glycérine, par son affinité pour l'eau, par ses propriétés détersives et antiseptiques, entretient la souplesse et la propreté des tissus. Il n'est personne qui, l'ayant appliquée sur le col de la matrice, n'ait été frappé de cette propriété particulière. Le pansement intra-cervical se détachant ordinairement vers le troisième jour, on l'enlève doucement avec une pince. Toutefois, s'il adhère fortement, il convient de le laisser et de le recouvrir encore d'un tampon glycériné; on est sûr alors de pouvoir l'enlever aisément dès le lendemain. Comme il m'est arrivé plus d'une fois de provoquer de l'écoulement de sang par un peu d'impatience à l'enlever prématurément, j'insiste auprès des praticiens pour qu'ils ne commettent pas la même faute.

Une fois que toutes les pièces du pansement ont été retirées sans accident, on doit tamponner le col avec un petit morceau de coton glycériné recouvert lui-même

d'un autre tampon plus volumineux. Ce pansement est renouvelé journellement, jusqu'à ce que les parties soient cicatrisées, ce qui a lieu ordinairement du douzième au dix-septième jour; peut-être même est-il bon de le continuer jusqu'à la prochaine apparition des menstrues. Cela m'amène à recommander de faire toujours l'opération quatre ou cinq jours après les règles, afin de laisser à la cicatrice le temps de se former avant le retour de la première époque.

On a quelquefois beaucoup de peine à maintenir l'orifice de la matrice assez largement ouvert, car jamais il ne reste tel que l'ont fait les incisions. La tendance qu'ont toutes les plaies qui se cicatrisent, à se rétrécir à mesure qu'elles guérissent, est bien évidente. J'ai été fort souvent surpris de trouver l'orifice utérin réduit à une ouverture qui n'avait pas plus du quart de l'étendue de l'incision primitive, et il est arrivé plus d'une fois qu'une ouverture assez largement faite pour permettre l'introduction de l'index jusqu'au delà de l'orifice interne, s'était refermée, en l'espace de quelques semaines, au point de ne plus admettre une bougie n° 4 ou 5, en dépit de tous les efforts tentés pour prévenir le resserrement. C'est là ce qui se fait dans les cas d'induration prononcée du col, avec dépôt de tissu fibreux. Cette circonstance m'a forcé plus d'une fois à répéter l'opération, et je conserve le souvenir de malades sur lesquelles je l'ai faite jusqu'à trois fois dans le cours de quelques mois, même sans obtenir alors un résultat

aussi satisfaisant que je l'aurais souhaité. Ces cas, il est vrai, sont exceptionnels, mais il est bon de savoir qu'ils ne sont pas absolument rares. Il peut même arriver que l'orifice cervical, restant suffisamment ouvert, il soit encore difficile de maintenir la portion coarctée au-dessus des dimensions normales, ainsi que je l'ai vu dans les cas de flexion prononcée, surtout en avant. C'est alors que je recommande l'introduction d'une bougie après la première semaine. Le docteur Emmet a l'habitude d'employer la sonde trois jours après l'opération; il la passe dans la cavité de la matrice et, en la retirant, il l'appuie assez fermement sur un des côtés du canal, puis sur l'autre; j'ai parfois suivi son exemple, mais avec quelque timidité. Le docteur Greenhalg emploie à cet usage une tige intra-utérine très-ingénieuse et qui réussit bien entre ses mains. On peut aussi, dans ces circonstances se servir utilement de l'instrument de Priestley (1) qui, après avoir été introduit, est alors dilaté comme on le voit sur la figure 58.

L'incision de l'orifice utérin guérit souvent la dysménorrhée; d'autres fois il se borne à la modifier, et j'ai rencontré des cas où elle n'avait donné aucun bénéfice. En général, la première époque menstruelle qui survient après l'opération, se manifeste sans les précurseurs qui ont si longtemps harcelé les pauvres malades, et l'on

(1) *Medical Times and Gazette*. March 5th, 1864.

peut constater une amélioration relative pendant toute la période. Mais je suis d'avis que de telles malades doivent prendre grand soin d'elles-mêmes, à chaque retour des règles, et qu'il est indispensable qu'elles évitent toute espèce de fatigue inutile. Si elles ressentent assez de douleurs pour être contraintes de se coucher, je prescris un lavement anodin avec l'élixir d'opium de Mc Munn, qui donne moins de nausées et cause moins de mal de tête que l'opium cru ou ses alcaloïdes, j'ajoute qu'il est plus efficace, quand il a été administré par le rectum, parce qu'il se trouve plus immédiatement en rapport avec les nerfs de la partie affectée.

Fig. 58.

Mais en supposant un cas dans lequel l'incision bilatérale n'aurait pas été suivie d'une amélioration permanente, faut-il le regarder comme au-dessus des ressources de la chirurgie? Nullement. Nous devons alors reprendre nos investigations, car il peut exister encore quelque obstacle mécanique à dé-

couvrir ou qui, s'il a été découvert, n'a pas été détruit par l'opération. J'ai vu, par exemple, la dysménorrhée persister par le fait d'un polype non reconnu, ou d'une flexion à angle aigu, avec rétrécissement du canal cervical et de l'orifice interne. Elle peut résulter d'une courbure du col, au point d'insertion du vagin, avec élongation de la portion intra-vaginale et développement consécutif irrégulier de ses segments antérieur et postérieur.

J'ai eu plus d'une occasion de voir des cas où la douleur était due à un polype, même si petit qu'il avait échappé à l'exploration; je me propose de citer un exemple de chacun des faits qui se rattachent à ces diverses causes, ce qui sera un avertissement et un guide pour le médecin qui n'aurait pas rencontré de cas semblables.

Madame X..., âgée de trente-deux ans, mariée à vingt-quatre ans, stérile, avait, quelques années avant son mariage, une dysménorrhée qui, depuis, était devenue plus cruelle encore. Les douleurs qu'elle éprouvait étaient atroces, pendant deux heures, au second jour des règles; soixante médecins (le plus grand nombre que jamais une seule personne ait consulté, à ce que je sache), lui avaient donné des soins pendant le cours de douze années, sans obtenir de soulagement durable. Elle avait réclamé les lumières des praticiens les plus éminents dans cinq à six des grandes capitales de l'Europe, lorsqu'elle me consulta au mois de janvier

1857. Sa santé générale était bonne; le seul trouble qu'elle éprouvât semblait tenir à la terreur que lui inspirait la dysménorrhée.

Le volume et la position de l'utérus n'offraient rien d'anormal; son orifice et son col étaient petits, mais sans induration ; j'eus recours aux tentes-éponges, sans trouver ni polype, ni fibroïde, ni courbure du canal. Trois jours après, le 12 janvier, l'orifice présentait absolument la même apparence qu'avant l'emploi des éponges, et les premières règles furent aussi douloureuses que de coutume, sinon plus. Comme le canal était droit et que le col était mou, je m'attendais à ce que la malade n'aurait pas beaucoup de douleurs, bien que l'orifice fût plus étroit qu'il n'eût dû l'être. Je ne vis rien à faire que d'inciser l'orifice et le col, dans l'espoir qu'il en résulterait quelque bénéfice. L'opération fut donc faite le 22 janvier, et la cicatrisation accomplie avant la prochaine période menstruelle. Mais la douleur resta la même et continua pendant trois ou quatre mois, en dépit du traitement. Je me sentais fort embarrassé, car j'avais employé l'éponge sans rencontrer de polype, et j'avais élargi le canal cervical sans qu'il s'ensuivît la moindre amélioration.

Cependant, les symptômes caractérisaient si évidemment une obstruction mécanique, que je résolus d'explorer de nouveau la cavité de la matrice. J'introduisis donc une première petite tente-éponge, puis, une seconde plus grosse et assez longue pour pénétrer

dans la cavité de la matrice. En l'enlevant, j'eus la satisfaction de trouver et d'amener au dehors un polype qui n'était guère plus gros qu'un pois. Son insertion et ses relations représentées dans la coupe figure 59, rendirent tout aussitôt raison des symptômes qu'éprouvait la malade. La douleur vraiment cruelle survenait toujours au second jour des règles : la première fois que je touchai la tumeur, elle s'avançait à travers l'orifice interne, dès que l'éponge était enlevée ; mais la pression du doigt la faisait remonter subitement et il devenait impossible de la toucher de nouveau, jusqu'à ce que le doigt fût poussé avec ménagement à travers l'orifice interne, vers le fond de la matrice, où je la saisis alors avec des pinces et l'amenai heureusement au dehors.

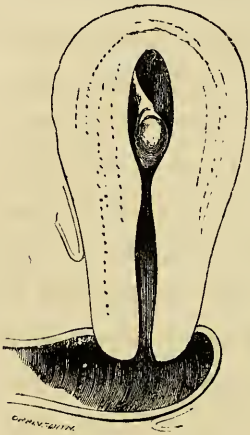

Fig. 59.

Voici l'explication que je donne de la douleur : le second jour, les caillots formés au-dessus de la tumeur la pressaient par en bas et la faisaient céder, en raison de la délicatesse de son pédicule, de manière à ce qu'elle vînt boucher, comme une soupape, l'orifice interne du col. Alors survenaient les violentes angoisses névralgiques qui se continuaient pendant deux heures et même plus, jusqu'à ce que la tumeur eût dilaté la

partie contractée, ou fût elle-même forcée de faire retraite dans la cavité utérine par le déplacement des caillots que poussaient, entre cette tumeur et la face postérieure de l'utérus, les efforts expulsifs de cet organe.

Cet exemple démontre la nécessité d'une investigation complète, avant de porter un diagnostic dans les cas entourés d'obscurité. On ne saurait croire tout ce que la malade eut à endurer de sangsues, de médicaments, de vésicatoires, de calmants, de bains, d'excursions dans les montagnes, de voyages en mer, etc., etc. Si chétif, si petit que fût ce polype, il ne me fallut pas moins de quatre mois, oserai-je le dire, d'une observation expérimentale pour découvrir qu'il était la source de tout le mal. La chose paraît bien simple maintenant, mais on peut apprécier toutes les difficultés que présentait le diagnostic, en se rappelant l'histoire de ce cas et le grand nombre de médecins distingués qui avaient fait de vains efforts pour l'élucider.

J'ai déjà dit qu'après avoir largement ouvert le canal cervical par une incision bilatérale, il pouvait se resserrer malgré cela et laisser subsister la douleur dysménorrhéique, comme avant l'opération, surtout dans le cas d'antéflexion. En pareil occurrence, on se trouvera, selon toute probabilité, contraint de répéter l'opération, en prenant les plus grandes précautions pour que le canal reste ouvert par la suite. Quelquefois l'obstruction siége à l'orifice interne, où il existe de la flexion et du resser-

rement, tandis que la portion inférieure du canal présente des dimensions normales ; mais ce cas n'est pas commun, bien que j'en aie vu quelques exemples. J'ai rencontré son type le plus parfait sur une malade du docteur Olliffe, âgée de trente-six ans, et qui avait souffert de règles douloureuses pendant la plus grande partie de sa vie sexuelle. Mon confrère avait dilaté l'orifice externe et le canal cervical jusqu'à la hauteur de l'orifice interne, au delà duquel il ne lui avait jamais été possible de faire passer une sonde. Un chirurgien fort connu qui avait été appelé, environ quatre ans avant, à voir la malade en consultation avec M. Olliffe, n'ayant pu faire passer la sonde, proposa d'élargir la partie rétrécie au moyen du cautère actuel ! Ce conseil ne fut pas suivi, et quand j'arrivai à Paris, à la fin de 1862, M. Olliffe eut la bonté de m'inviter à visiter sa malade. Je trouvai le fond de l'utérus exactement couché derrière la face interne de la symphyse du pubis, avec une flexion à angle aigu au niveau de l'orifice interne. La sonde franchissait aisément cet orifice, mais elle rencontrait là une barrière infranchissable, et je fus obligé de me servir d'une autre sonde plus petite, tout à fait appropriée à ce cas particulier ; encore ne pouvait-elle passer, quand la malade était sur le dos ; mais si je la plaçais sur le côté, en ayant soin d'user du spéculum et de fixer le col avec un ténaculum, je parvenais à l'introduire dans la cavité utérine, comme à travers un anneau dense, non élastique, formé par du tissu fibreux qui ré-

sistait non-seulement à l'entrée, mais encore à la sortie de la pointe olivaire de l'instrument.

Il fut tout aussitôt convenu avec M. Olliffe qu'une incision de la partie était le seul moyen de surmonter la difficulté. Je pratiquai deux incisions latérales sur le col utérin, comme si le canal cervical eût été rétréci sur toute son étendue, et quand j'en vins à couper la bande circulaire cartilagineuse en *a* (fig. 60), j'eus un peu de difficulté à la traverser avec le bistouri mousse, et en incisant de chaque côté, j'éprouvai la sensation de craquement que donnent les cartilages sous le tranchant de l'instrument. La plaie fut traitée comme à l'ordinaire, en recommandant le repos au lit. La guérison était complète à l'approche de l'époque menstruelle. Quatre ou cinq jours après l'opération, j'eus le soin de presser fortement le côté des incisions avec une sonde, suivant la pratique du docteur Emmet.

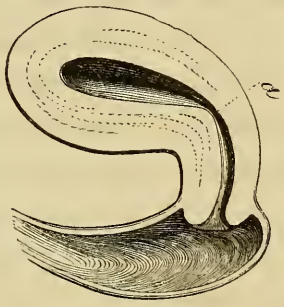

Fig. 60.

Après avoir fait de notre mieux pour élargir l'orifice interne aussi bien que le canal cervical par une incision bilatérale, la dysménorrhée peut encore continuer. Elle est souvent alors la conséquence d'une incurvation avec élongation de la portion vaginale du col, qui accompagne l'antéflexion. Quand il en est ainsi, nous

trouvons le museau de tanche tourné dans la direction de l'axe du vagin, et la portion postérieure du col, depuis l'orifice jusqu'au cul-de-sac postérieur, est deux ou trois fois aussi longue que la portion antérieure, mesurée de l'orifice au cul-de-sac antérieur. J'ai fait, à plusieurs reprises, des incisions bilatérales dans des cas semblables, sans obtenir d'amélioration, et pour une bonne raison. Si l'on prend un tube flexible du volume du canal cervical et qu'on le courbe comme on le voit sur la figure 61, il s'élargit latéralement, et les deux surfaces internes concave et convexe, nécessairement amenées à se toucher, présentent une sorte d'obstacle mécanique valvulaire au passage d'un liquide dans n'importe quelle direction. En se reportant à la figure, on verra de suite : qu'une incision bilatérale ne peut élargir le canal que transversalement et nullement dans le sens antéro-postérieur ; que la courbure doit rester la même et, conséquemment, que le rapport des deux surfaces opposées du canal cervical ne peut être modifié en aucune façon par une telle opération. Après avoir échoué si souvent, en pareil cas, à retirer un bénéfice de l'incision bilatérale, je finis par inventer la méthode suivante et je la mis en pratique. Il était évident qu'en faisant disparaître la flexion du canal,

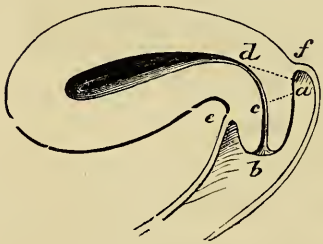

Fig. 61.

c'était aussi faire disparaître l'obstacle au libre écoulement du sang menstruel. Pour y parvenir, je pensai qu'il suffirait de fendre la partie postérieure du col en ligne droite et en arrière, depuis l'orifice du museau de tanche jusqu'au voisinage de l'insertion du vagin. De cette manière, le canal cervical se trouverait amené à suivre une ligne droite de la cavité de l'utérus au point *a* de l'incision, au lieu de s'incurver dans l'épaisseur du museau de tanche. Le mode opératoire est très-simple : après avoir placé la malade sur le côté, appliqué le spéculum et fixé la lèvre antérieure du museau de tanche au moyen du ténaculum, je coupe d'un seul coup avec une paire de ciseaux droits la portion postérieure du col, aussi loin qu'il est possible et opportun de le faire avec ces instruments, comme on peut le voir figure 61, par la ligne pointée *a c*. Passant alors dans la cavité de l'utérus un couteau à pointe émoussée, tranchant en arrière et fixé sur son manche à un angle convenable, je coupe les tissus dans la direction de la ligne *a d*, de manière à redresser le canal dans sa partie supérieure et à faire disparaître, en même temps, l'obstacle mécanique qui résulte de sa courbure.

Fig. 62.

La figure 63 est destinée à représenter le second

temps de l'opération. La matrice est fermement fixée par le ténaculum, pendant que la lame du bistouri à forme de rasoir coupe le canal en arrière. Le traitement de ce cas particulier repose sur les mêmes prin-

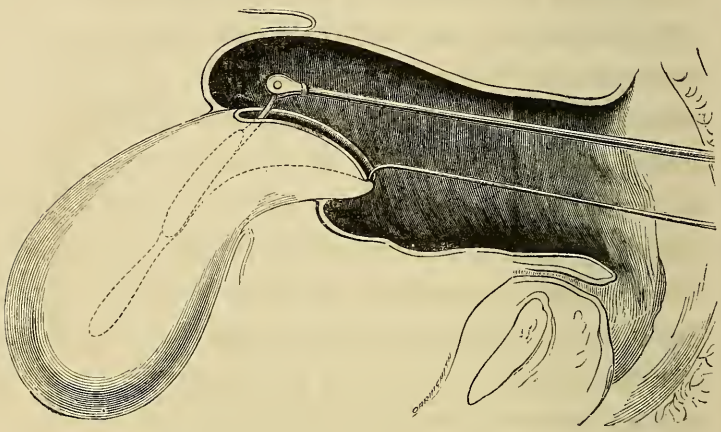

Fig. 63.

cipes généraux que j'ai posés à propos de l'incision bilatérale ; il ne faut qu'un peu de soin pour éviter de passer à travers le cul-de-sac vaginal postérieur dans la cavité du péritoine, bévue impardonnable qu'un véritable chirurgien ne peut commettre. Cette opération, qui a parfaitement réussi, n'est jamais applicable que dans des cas semblables à celui que je viens de décrire. Je l'ai faite souvent par le même procédé, et mon collègue M. Emmet a pu la répéter plus fréquemment que moi, car le résultat satisfaisant qu'elle produit donne la tentation de la recommencer.

En appliquant l'opération à la cure de la dysménorrhée, nous ne devons pas oublier qu'il faut la pratiquer de manière à favoriser les chances de la conception. Que de fois n'avons-nous pas entendu les médecins eux-mêmes dire : « *Si elle pouvait avoir un enfant, cela la guérirait* ». A quoi je suis toujours tenté de répondre: « *Si vous pouviez seulement la guérir, elle aurait un enfant* ». Nous devons nous rappeler que les causes physiques qui s'opposent à l'issue facile du sang menstruel, s'opposent également à l'entrée des spermatozoaires, et qu'en remédiant à l'un de ces inconvénients, nous remédions à l'autre. Si l'étroitesse exagérée de l'orifice utérin, ferme sa porte de sortie, il ferme également sa porte d'entrée ; et si le canal cervical est courbé à un tel degré que ses parois se trouvent en contact, il sera une cause de douleur dans la dysménorrhée, mais il préviendra la douleur de la parturition, uniquement, il est vrai, parce qu'il empêchera la conception. Ainsi, traiter la dysménorrhée avec succès, c'est traiter heureusement un grand nombre de cas de stérilité, mais pas tous absolument. Les chirurgiens qui ont appliqué l'opération par élargissement du canal cervical à la cure de la dysménorrhée paraissent disposés à s'en tenir à elle seule pour la guérison de la stérilité ; mais il reste à faire quelque chose de plus.

Il semblerait que je me sois assez étendu sur la dysménorrhée et sur les procédés opératoires employés pour la guérir ; cependant comme les idées que j'ai publiées

antérieurement sur ce sujet (1) ont été controversées par quelques médecins éminents de l'Angleterre, on me permettra d'ajouter encore quelques mots.

Le docteur Bennet (2) rejette l'incision du col, par la raison qu'il croit pouvoir arriver au même résultat au moyen des tentes-éponges préparées. Le docteur Gream (3) la repousse, parce qu'il pense que les bougies introduites et appliquées suivant la méthode de M'Intosh répondent à tout. Il dit avoir vu un cas dans lequel le col de la matrice était si largement ouvert qu'il pouvait aisément y passer son doigt et toucher les membranes de l'œuf, au troisième mois de la gestation. Sa malade avorta bientôt après, et il pense que l'avortement ne fut pas le résultat de l'introduction du doigt dans la cavité de l'utérus, mais de l'incapacité de cet organe à retenir le produit de la conception, par suite de la divison exagérée des fibres circulaires du col.

C'est là, je l'admets, une déduction très-rationnelle et, à tout hasard, nous devons accepter le fait et en rechercher la cause. M. Spencer Wels (4) est partisan de l'opération, mais il dit avoir rencontré plusieurs cas dans lesquels l'incision trop large du col avait eu pour conséquence le renversement des lèvres du museau de

(1) *Lancet*, March 4th, and 11th; April 1st, and June 3rd, 1865.
(2) *Lancet*, June 24th, 1865.
(3) *Lancet*, April 8th, 1865.
(4) *Lancet*, May 27th, 1865.

tanche et leur enroulement en arrière, de manière à se perdre pour ainsi dire dans l'insertion du vagin. C'est là, certainement, une objection grave à l'opération par incision bilatérale ; mais je n'ai jamais vu survenir cet accident après l'opération faite suivant ma méthode et, cependant, comme je l'ai déjà dit, le docteur Emmet et moi l'avons pratiquée plusieurs centaines de fois.

Qu'on nous permette alors de rechercher comment l'opération dans les mains des chirurgiens anglais, et non dans les nôtres, peut avoir une telle suite. J'étais d'abord disposé à croire qu'il s'agissait ici d'un cas unique et isolé ; mais, renseignements pris, je suis maintenant convaincu que cet accident doit suivre quelquefois l'emploi du métrotome caché. Il est bon de connaître ce fait, afin de se tenir en garde contre son occurrence.

Il y a peu de temps, un de mes amis m'invita à voir un cas de fibroïde de l'utérus, compliqué d'hémorrhagie grave, et dans lequel il avait divisé le col, d'après le procédé de M. Baker Brown. L'opération avait été faite par quelque autre auparavant, mais l'écoulement de sang continuait, et mon ami, désireux de donner à l'opération une chance favorable, résolut de diviser plus complétement le col et, dans ce but, il développa très-largement les lames du métrotome caché, afin de faire une profonde incision. Il en résulta la division de toutes les fibres circulaires du col, depuis l'orifice du museau de tanche jusqu'à la cavité de l'utérus, ce qui produisit la déformation dont a parlé M. Spencer Wells. Ce cas une

fois connu de moi, le doute ne me fut plus permis. Mais pourquoi cet accident se produit-il après l'opération pratiquée avec le métrotome caché et non après celle qui est faite suivant mon procédé? La raison en est assez évidente pour quiconque veut considérer la diffé-

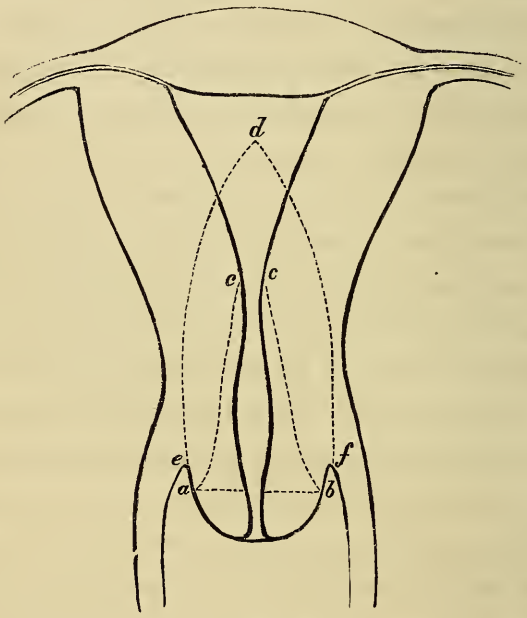

Fig. 64.

rence qui existe entre les deux méthodes. Pour la démontrer, qu'on veuille bien me laisser reproduire (fig. 64) un dessin emprunté au docteur Savage (1), et

(1) « *Illustrations of the Surgery of the Female Pelvic Organs* », by Henry Savage, M. D. Physician to the Samaritan Hospital for Women. Plate 8, fig. 3.

pris sur une matrice de volume naturel, après dissection. J'ai exagéré légèrement la projection du col dans le vagin, parce que nous le trouvons ainsi dans la majeure partie des cas qui réclament l'opération.

Conformément à mon procédé opératoire, la ligne pointée *a b* représenterait la portion de tissu cervical divisé par les ciseaux (page 186), tandis que les lignes *a c*, *b c* représenteraient l'étendue des incisions faites au moyen du bistouri mousse (fig. 55), en montant vers la cavité de l'utérus. Maintenant, voyons sur la même figure quelles seraient la forme et l'étendue des incisions pratiquées avec le métrotome caché. Nous choisirons celui que le docteur Greenhalg a fait exécuter à Londres par Weiss et à Paris par Charrière, comme le plus sûr et le meilleur des instruments de ce genre. Posons-le sur le dessin, la pointe au fond *d*, l'épaulement à l'orifice du museau de tanche ; tenons-le aussi fermement que s'il s'agissait d'opérer une malade et, alors, tirons lentement les lames par en bas ; l'étendue de leurs mouvements sera reproduite par les lignes pointées *e d*, *f d*.

Les deux méthodes diffèrent entre elles au double point de vue de la théorie et de la pratique. L'une repose sur l'idée que l'obstacle à surmonter existe ordinairement dans la portion inférieure du canal cervical; l'autre est basée sur la croyance que cet obstacle est toujours à l'orifice interne. En comparant les incisions faites par les deux procédés, on verra que le métrotome caché divise les fibres circulaires à travers

toute l'épaisseur du col et dans une étendue plus grande, à l'orifice interne, qu'on ne le fait par ma méthode.

L'incision trop large du col est quelquefois suivie, comme je l'ai déjà dit, du renversement et de l'enroulement en arrière des deux lèvres du museau de tanche. Mais pourquoi cela n'arrive-t-il que quelquefois seulement? Les mots *large* et *petit* sont toujours des termes relatifs. Ce qui est petit dans un cas peut être comparativement grand dans un autre. Le métrotome caché donne des incisions trop grandes, que le col soit petit ou grand. On sait très-bien que le volume du col de l'utérus non imprégné, varie beaucoup et qu'il a parfois moins d'un pouce de diamètre, précisément dans les cas où l'opération est indiquée. Or, si nous nous servons d'un instrument dont l'action s'étende au delà de cette mesure, on coupe nécessairement le col tout entier d'un côté à l'autre, et, de là, découlent les accidents que l'on dit être la conséquence de l'opération.

J'ai vu, chez plusieurs fabricants, des métrotomes qui pouvaient s'ouvrir d'un pouce et demi à deux pouces. Ce n'est pas sortir de la question que d'engager mes jeunes confrères à se défier des machines de cette sorte, surtout quand je songe qu'un de mes amis qui, tout récemment, en avait employé une, fut heureux de voir sa malade échapper, à la fin, aux conséquences de sa témérité. Si l'on doit se servir du métrotome caché, il faut préférer celui du docteur Greenhalg, avec son

maximum d'expansion, indiqué dans la figure 64 par les lignes *e d* et *f d*.

Mais pourquoi les lèvres du museau de tanche s'enroulent-elles en arrière, quand le col est trop largement incisé? en voici la raison : Les fibres longitudinales de l'utérus viennent du fond s'insérer, s'incorporer antéro-postérieurement avec les fibres circulaires du col. Ces deux couches de fibres musculaires sont en antagonisme dans leur action physiologique. Pendant le cours d'un travail normal, la contraction des fibres longitudinales du corps doit être accompagnée ou suivie par le relâchement des fibres circulaires du col, sinon le travail ne pourrait se terminer. Leur antagonisme est le même que celui des fléchisseurs et des extenseurs de la main; que l'on détruise la puissance d'une couche musculaire, les autres se contracteront inévitablement, en entraînant la main dans le sens de leur action. Quand on incise le col utérin au moyen du métrotome caché, s'il est divisé dans toute l'étendue de son diamètre et dans toute son épaisseur, on coupe nécessairement la totalité de ses fibres circulaires, et l'on détruit tout à la fois leur contractilité et la force qui maintenait pour ainsi dire en un faisceau l'extrémité des fibres longitudinales. Celles-ci, non maintenues, se roidissent, rétractent les lèvres divisées du museau de tanche et produisent la déformation qui survient quelquefois, il faut en convenir, après l'emploi du métrotome caché.

Correcte ou non, mon explication ne saurait atténuer

le fait que nous venons d'envisager, et le jeune chirurgien ne saurait prendre trop de précautions pour le prévenir ; car si, malheureusement, il fait des incisions trop grandes, il ne lui reste aucun moyen de corriger sa faute ; mieux vaut toujours inciser trop peu, même au risque d'être contraint de répéter l'opération.

CHAPITRE III.

L'ORIFICE ET LE COL DE L'UTÉRUS DOIVENT ÊTRE ASSEZ OUVERTS POUR PERMETTRE NON-SEULEMENT LA SORTIE FACILE DES MENSTRUES, MAIS ENCORE POUR LAISSER ENTRER LES SPERMATOZOAIRES.

Dans le chapitre précédent, nous avons appliqué la symptomatologie à la découverte et au traitement des maladies organiques; nous nous proposons maintenant de rechercher en quoi certaines conformations organiques diffèrent de l'état normal, abstraction faite des signes rationnels. Dès lors, il devient nécessaire d'étudier les conditions et les relations naturelles de l'utérus, avant de parler de ses anomalies et de leur influence sur la conception.

Les anatomistes nous apprennent que cet organe est pyriforme, légèrement aplati d'avant en arrière; qu'il a deux pouces et demi à trois pouces de longueur, un pouce et demi de largeur, plus ou moins, dans la partie la plus développée, et environ un pouce d'épaisseur; qu'il est divisé en un corps, un col et une cavité qui a deux pouces un quart à un pouce et demi de long; que

la portion de cette cavité qui répond au corps est un peu moins longue que celle qui répond au col; que l'orifice du museau de tanche est généralement arrondi chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, elliptique et transversal après l'accouchement; que le col est rond et embrassé par le vagin qui s'y insère à un point plus élevé en arrière qu'en avant, de manière à donner à la partie postérieure intra-vaginale du museau de tanche un peu plus de longueur qu'à sa partie antérieure. Mais les anatomistes ne nous disent pas jusqu'à quel point la portion intra-vaginale du col doit se projeter dans le vagin, ni dans quelle proportion il doit s'avancer vers la section supra-vaginale, ce qui, soit dit en passant, est important à déterminer. Mais n'ayant ni le temps ni le penchant nécessaire pour aller à l'amphithéâtre constater ce point de fait anatomique, je décrirai le col de la matrice tel que je l'ai vu dans mes investigations journalières sur le vivant. Je prétends qu'un orifice normal, qu'il soit rond, transverse ou elliptique, doit être ouvert et enduit d'un mucus transparent légèrement alcalin; que le col doit être arrondi, tronqué et élastique au toucher; que sa partie intra-vaginale doit avoir environ un cinquième ou un quart au plus de sa longueur totale. C'est-à-dire un quart à un tiers de pouce antérieurement, avec une fraction de plus postérieurement; que le canal cervical doit être droit ou un peu courbé d'avant en arrière; et que l'axe de l'organe entier doit tomber presque à angle droit

sur celui du vagin, s'il n'existe ni antéversion ni rétroversion, à aucun degré. Toute femme chez laquelle on constate nn tel état de l'utérus, pourra toujours concevoir dans le cours de trois ou quatre mois après le mariage, si tout le reste est en bon ordre.

Après avoir donné l'idée de ce que doit être la matrice, idée qui n'a rien d'imaginaire, mais qui découle d'observations prises dans la clinique, nous devons procéder à l'examen de l'utérus stérile, non imprégné, et rechercher en quoi et comment il peut différer de celui qui possède les aptitudes à la conception. Cet examen comprend nécessairement les anomalies : 1° de l'orifice, 2° du col et 3° du corps de la matrice, ce qui nous amène à la troisième subdivision de notre sujet, savoir : *que l'orifice et le col de la matrice doivent être assez ouverts, non-seulement pour que cet organe puisse se décharger facilement du sang menstruel, mais encore pour permettre aux spermatozoaires de s'introduire dans sa cavité.*

Il semblerait, à première vue, que cette proposition a été suffisamment traitée et discutée dans le précédent article sur la dysménorrhée; mais l'expérience nous apprend le contraire. Dans combien de cas, par exemple, ne rencontrons-nous pas la stérilité, alors qu'il n'existe aucun symptôme de maladie, au moins en ce qui concerne les souffrances physiques. La menstruation peut être parfaitement normale, sans douleur de reins, sans ténesme vésical, sans pesanteur, et sans qu'il existe

ni leucorrhée ni aucun autre signe de maladie, et quand nous en venons à l'exploration physique de l'utérus, nous le trouvons d'un volume naturel, dans une position normale et avec un canal cervical parfaitement droit ; mais il peut arriver que l'orifice ne soit pas plus large que la tête d'une épingle, et, s'il existe, outre cela, de l'induration du museau de tanche, la femme est presque nécessairement stérile ; car pendant que l'orifice et le canal cervical sont assez larges pour permettre au sang menstruel de s'échapper de l'utérus, l'orifice lui-même n'a pas assez d'amplitude pour recevoir le sperme, condition sans laquelle la conception ne saurait avoir lieu. Ce ne sont point là des vues théoriques ; je pourrais les appuyer sur une multitude de preuves, mais une seule nous suffira.

Madame X..., svelte, de santé vigoureuse, est restée mariée pendant treize ou quatorze ans, sans avoir d'enfants. Menstruation régulière et normale, aucun flux leucorrhéique, aucun symptôme, en un mot, de maladie utérine. Chacun se demandait comment il se faisait qu'un aussi beau type féminin n'eût jamais conçu, et de cette perfection même on tirait la conséquence erronée qu'une organisation physique aussi belle ne pouvait être accusée de stérilité. Madame X... consulta plusieurs médecins, prit des eaux minérales en boissons et en bains, des cordiaux, des élixirs, et des panacées de toute espèce. Elle avait été soumise au traitement par dilatation à l'aide des bougies, jusqu'au moment

où survint une pelvite qui avait mis sa vie en danger. Je n'ai jamais vu, je dois le dire, aucune femme aussi désireuse d'avoir une progéniture et plus déterminée à souffrir quoi que ce soit pour arriver à ce but. En procédant à l'examen de madame X..., je trouvai l'utérus en position convenable, peut-être un peu moins grand qu'il n'est naturellement; mais comme la menstruation était parfaitement normale, le volume de l'organe n'avait pas une grande importance. Le canal cervical était droit, mais l'orifice avait une étroitesse excessive, et le doigt, porté sur le museau de tanche, éprouvait la même sensation que s'il eût touché une petite bille de marbre, dont il avait presque la dureté.

Il n'y avait évidemment qu'une seule chose à faire : l'élargissement de l'orifice par l'incision bilatérale du col. La malade, qui avait déjà beaucoup souffert de l'emploi des dilatateurs, regardait cette opération comme bien peu de chose en présence des résultats qu'elle en espérait.

Je pus dans ce cas dire à l'avance qu'après l'opération, la conception serait presque certaine. Questionné par toutes les femmes sur les chances futures de la grossesse, il m'est arrivé très-fréquemment de répondre à l'une : Oui, la conception est presque sûre ; à l'autre : Elle est probable ; à une troisième : Elle est possible ; et à d'autres, enfin : Elle est impossible.

La planche 65 représente l'état particulier de l'orifice et du col. L'opération fut faite au mois d'avril et

la conception survint dans le cours du mois de décembre suivant.

J'ai déjà fait remarquer que la malade dont il est question n'avait point de dysménorrhée. Pourquoi cela? Tout simplement parce qu'il n'y avait là aucun obstacle mécanique au flux menstruel. A la vérité, le canal cervical était étroit, mais droit, et sa membrane muqueuse n'offrait pas trace de congestion. Il est probable qu'il en eût été autrement, c'est-à-dire que les règles eussent été douloureuses, s'il eût présenté la moindre courbure. Car si étroit que fût l'orifice, il pouvait encore permettre l'issue des menstrues, sans permettre l'introduction du sperme; cela paraît démontré par cette circonstance que la malade, qui était restée stérile pendant treize ou quatorze ans, devint enceinte, quelques mois après avoir subi l'opération.

Fig. 65.

J'ai vu beaucoup de cas semblables, parmi lesquels il s'en trouvait, en assez grand nombre, qui avaient été produits artificiellement par l'emploi non judicieux de la potasse caustique et même du nitrate d'argent.

L'application prolongée de ces agents amène parfois l'occlusion complète, mais plus souvent partielle de

l'orifice ; alors le col est toujours induré. Je ne prétends pas vouloir décider si l'induration résulte de l'action du caustique ou de l'inflammation qui a réclamé son emploi ; mais je veux dire que j'ai toujours vu l'occlusion artificielle de l'orifice coïncider avec l'induration du col ; ce qui produit un état de stérilité acquise, plus fréquent chez les femmes qui déjà ont eu des enfants, mais non impossible chez celles qui n'ont jamais conçu. Une jeune femme, non mariée, qui avait été cautérisée avec la potasse caustique dans un de nos dispensaires et en dehors de la pratique de l'Hôpital des Femmes, nous a fourni un exemple remarquable d'un cas de ce genre. Le toucher permettait de constater la position normale du col, mais il était rugueux et dur et l'on ne pouvait sentir son orifice. L'exploration, à l'aide du spéculum, fit voir cet orifice complétement recouvert par un tissu de réunion, dense et fibreux, qui ne laissait, de chaque côté, qu'une petite ouverture dans laquelle il était impossible de faire passer une sonde de volume ordinaire. La planche 66 est une image de ce cas ; les deux points *a a* livraient passage au sang menstruel.

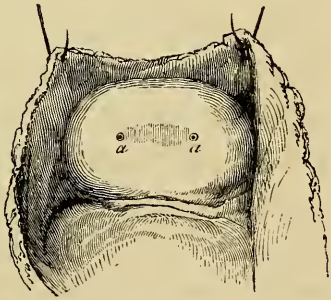

Fig. 66.

En 1863, à Paris, j'ai vu en consultation avec M. J.

Olliffe une dame de la plus haute société, mariée deux fois, sans avoir eu d'enfants, chez laquelle l'orifice du museau de tanche s'était ainsi agglutiné, à la suite de cautérisations répétées, au moyen du nitrate d'argent, pendant son premier mariage.

Quand cet obstacle mécanique au flux menstruel est ainsi produit artificiellement, la femme ressent un malaise général, plus ou moins de souffrance pendant les règles, qui se prolongent exagérément et sont constituées par un sang de couleur noire, fort souvent de la consistance du goudron, et quelquefois d'une odeur désagréable. Lorsque le flux cesse, il est alors remplacé par un mucus coloré en brun comme du marc de café, qui continue pendant quelques jours et ne manque pas d'irriter les parties exposées à son contact. L'obstruction mécanique de l'orifice, en s'opposant au libre écoulement du flux, amène une rétention partielle des sécrétions qui subissent ainsi quelques modifications, réagissent sur les tissus et provoquent une sorte d'endo-métrite subaiguë.

Assurément, le seul remède qu'on puisse apporter à de pareils cas consiste à rétablir l'orifice et le col dans leur état normal, en ouvrant le canal par incision et en empêchant qu'il se referme.

Cette espèce d'occlusion de l'orifice utérin produite par les applications de caustiques, je suis heureux de le dire, n'est pas très-commune; mais je crains qu'elle n'arrive encore plus fréquemment qu'elle ne le devrait.

Par bonheur, il est facile de remédier à ses effets, dès qu'on les a reconnus. Les cas de ce genre que j'ai sous les yeux ne se sont pas présentés à mon observation à cause de la stérilité qu'ils avaient déterminée, mais à cause des symptômes de l'affection utérine qui leur était due ; et, plusieurs fois, il a suffi de faire disparaître cette occlusion accidentelle pour rendre aux malades leur fécondité primitive.

J'ai déjà répété que les femmes stériles formaient deux grandes classes : celles qui n'avaient jamais eu d'enfants ; et celles qui, en ayant eu déjà, cessent, pour une cause ou pour une autre, de concevoir de nouveau. On voit des exemples manifestes des cas de cette dernière classe chez les femmes dont l'orifice utérin s'est trouvé fermé à la suite d'applications non judicieuses de potasse fondue ou de potasse à la chaux ; parmi ceux que j'ai rencontrés, il en est deux qui avaient été traités par le même médecin ; leur importance est telle, eu égard à la subdivision de mon sujet, qu'on me permettra, j'espère, d'insister sur quelques particularités.

Une femme de trente ans, mariée à vingt-deux, avait eu deux enfants, le plus jeune il y a six ans. Rien qui mérite d'être noté n'avait signalé les deux accouchements, mais, depuis le dernier, la malade avait été sujette à une leucorrhée qu'on avait combattue par un traitement constitutionnel et par des applications locales avec la potasse caustique, le nitrate d'argent, etc., etc. Les règles étaient plutôt abondantes, mais d'ailleurs

normales, jusqu'au moment où, il y a deux ans, elles devinrent, peu à peu, lentes et prolongées, de manière à durer neuf ou dix jours, au lieu de trois ou quatre, comme il arrivait avant l'emploi de la potasse caustique. Le sang des règles était actuellement épais, très-foncé en couleur, presque noir ; outre cela, la malade ressentait à chaque période une prostration profonde avec grande surexcitation nerveuse; elle avait des nausées, une sensation de pesanteur, d'abaissement et de gêne du côté du rectum, accompagnée de douleurs névralgiques à l'extrémité du coccyx. Elle se plaignait en outre d'une sensibilité exagérée à l'entrée du vagin. Le corps de l'utérus était considérablement hypertrophié, et le col, très-volumineux lui-même et induré, ressemblait plus à un petit pessaire globuleux qu'à tout autre chose; il était absolument impossible de découvrir l'orifice du museau de tanche, au moyen du toucher.

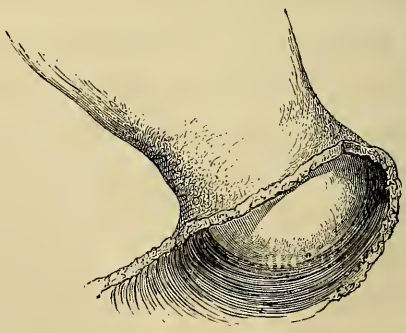

Fig. 67.

La planche 67 représente à peu près la dimension de

la petite ouverture à travers laquelle le sang des règles s'échappait avec tant de peine. Le canal fut élargi par une incision bilatérale ; le col tout entier présentait un endurcissement fibreux et une grande résistance au bistouri. Il n'y eut que fort peu d'écoulement de sang, comme dans tous les cas de ce genre, mais j'éprouvai de grandes difficultés à maintenir l'orifice ouvert. Toutefois, il le demeura suffisamment, car les premières règles se montrèrent normales et la femme devint grosse dans l'espace de quatre mois, après une stérilité acquise qui n'avait pas duré moins de dix ans et qui avait été causée, d'abord, par un engorgement granuleux avec leucorrhée concomitante, et, en dernier lieu, par une occlusion consécutive aux cautérisations faites avec la potasse caustique.

Je ne m'oppose pas à l'emploi judicieux de cet agent, mais il est bon que nous sachions qu'il peut devenir nuisible, quand nous ne l'employons qu'avec l'intention d'être utiles. C'est ce que je veux faire comprendre en appelant, avec insistance, l'attention du lecteur sur ce sujet.

Madame M..., trente-six ans ; trois enfants, le plus jeune de trois ans ; quelques malaises utérins depuis le dernier accouchement ; ulcération attaquée par la potasse caustique, trois ans avant que je visse la malade, au mois d'avril 1856. Elle avait des règles difficiles, précédées de douleurs pendant une semaine ; le sang était noirâtre et assez semblable à du goudron. Je ne

perdrai pas de temps à décrire les symptômes généraux ou locaux.

L'utérus était en antéversion, son corps était hypertrophié, le col offrait presque la dureté d'un cartilage, et son orifice, réduit à un petit point arrondi, ne pouvait être découvert par le toucher.

J'incisai l'orifice ; la première menstruation se fit normalement et sans douleurs, l'hypertrophie du corps disparut, conséquence de l'issue facile du sang menstruel, et la conception eut lieu quelques mois après.

Passons maintenant à une autre série de cas dans lesquels l'orifice utérin, quoique assez largement ouvert pour permettre la sortie facile du sang des règles, peut constituer encore un obstacle mécanique à l'entrée des spermatozoaires. Il ne suffit pas, en effet, de dire que l'ouverture de la matrice est assez large et qu'elle permet l'introduction facile d'une bougie ou d'une sonde.

Pour démontrer ma pensée, j'ai recours à mon livre de notes : madame X..., trente-cinq ans ; mère de deux enfants dont le dernier a dix ans, mal portante depuis longtemps, et traitée par un médecin distingué, M. Duane (de Schenectady), qui me l'adressa au moins de juin 1856. Voici ce que m'apprit l'exploration à laquelle je soumis la malade : elle avait l'utérus en antéversion, considérablement hypertrophié, mesurant trois pouces trois quarts ; le col était le siége d'un engorgement fibreux ; les règles se montraient exagérément abondantes pendant cinq ou six jours et reparaissaient le dix-

septième; aussi l'anémie et la faiblesse étaient-elles profondes.

Un plan de traitement constitutionnel et local fut arrêté, et M. le docteur Duane me renvoya sa malade en automne. Elle était un peu mieux, la matrice ne mesurait plus que trois pouces un quart, au lieu de trois pouces trois quarts, l'hypertrophie et l'induration du col étaient moins marquées, sans qu'il y eût, d'ailleurs, une amélioration appréciable ; je me demandais s'il y avait quelque chose de plus à faire pour la malade, car j'avais le sentiment que sa stérilité, qui datait de dix ans, était bien moins due à l'état de sa santé générale qu'à la conformation particulière de l'orifice utérin qui ne permettait pas l'introduction des spermatozoaires. Beaucoup de médecins pensent qu'une grossesse peut souvent modifier les fonctions nutritives de l'utérus, au point de dissiper les engorgements, les hypertrophies et mêmes de petits fibroïdes. Préoccupé de cette idée, je demandai à ma malade, comme en plaisantant, si elle serait satisfaite d'avoir un enfant? Non, répondit-elle précipitamment. Eh bien! dis-je, il m'est difficile de décider ce qu'il convient de faire pour vous guérir, si vous ne consentez pas à ce que je change l'état de l'orifice de la matrice, de telle manière que la conception puisse avoir lieu. La malade ne voulut pas croire que la chose fût possible et que je lui parlasse sérieusement.

On peut demander maintenant quelle maladie de

l'orifice utérin pouvait exister chez une femme, déjà mère, et qui était encore parfaitement réglée ? Depuis la naissance de son dernier enfant, elle avait eu une leucorrhée, conséquence d'un engorgement granuleux du col.

M. le docteur Duane avait soigné constamment cet engorgement, et il restait néanmoins un peu d'hypertrophie du col, guérie en grande partie, pendant l'été, par l'application de deux petits pois de potasse caustique sur chaque lèvre du museau de tanche. Malgré cela, il y avait encore quelque obstacle mécanique siégeant à l'orifice comme auparavant, ainsi que le représente la figure 68. Ce n'est pas chose rare que de voir l'ouverture du col affecter la forme d'un croissant. J'ai souvent rencontré cette disposition dans les antéversions, de même que dans les cas où la position de l'utérus était normale ; je l'ai vue chez des femmes qui n'avaient jamais conçu, et, chez d'autres, après l'enfantement, et comme conséquence d'une inflammation chronique du col, avec hypertrophie de la membrane muqueuse cervicale. Ici, l'orifice ne présentait aucun obstacle à tout flux venant de l'intérieur de l'organe à l'extérieur; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 68

Fig. 68.

pour reconnaître au point *a* une projection de la lèvre antérieure qui oppose une barrière valvulaire à l'entrée de tout fluide venant du dehors. Quand, à l'aide d'un ténaculum, on abaissait ce petit tubercule *a*, de manière à ouvrir le canal cervical et à permettre de voir dans sa cavité, on reconnaissait que cet état hypertrophique s'étendait à un pouce, le long de la face intérieure du col. La ligne courbe pointée en *c* fait connaître la direction de l'incision à l'aide de laquelle cette difformité fut corrigée. Il en résulta une ouverture triangulaire dont le sommet s'étendait presque à l'orifice interne du col. L'opération n'amena que très-peu de sang qui fut aussitôt arrêté par la compression au moyen d'un porte-éponge et par l'application d'un plumasseau d'ouate imprégné de solution de perchlorure de fer. La plaie était cicatrisée à l'époque où reparurent les premières règles, et quand ma malade retourna chez elle, l'orifice de la matrice avait une apparence parfaitement normale ; et, malgré la faiblesse de sa santé et le long espace de temps qui s'était écoulé depuis la naissance de son dernier enfant, elle conçut un mois après l'opération, atteignit le terme de la grossesse et fut heureusement accouchée par le docteur Duane d'un enfant vigoureux. Mais je suis forcé de dire que la grossesse n'exerça aucune influence favorable ni sur la constitution générale, ni sur l'état local, car, ayant pu examiner l'utérus quatre ou cinq mois après la délivrance, je constatai

Fig. 69.

qu'il était à peu près dans la même condition qu'avant la conception. Ce cas n'a de valeur qu'autant qu'il est pris comme exemple d'obstacle mécanique à la conception, et j'ajoute qu'il n'est pas exceptionnel, car j'en connais plusieurs autres semblables.

Encore une fois, l'orifice de la matrice peut être assez ouvert pour laisser couler librement les règles, ou même pour permettre le passage d'une bougie n° 8 ou n° 10, tout en restant absolument fermé à l'introduction des spermatozoaires, sans qu'il existe ni excroissance, ni vice de conformation qui constituent une cause commune de stérilité acquise. Voici comment celle-ci se produit : L'accouchement est suivi d'une inflammation chronique du col qui s'hypertrophie; cette inflammation guérit, mais l'hypertrophie, compliquée d'induration, persiste, et les deux lèvres du museau de tanche épaissies et indurées, étroitement juxtaposées, tout en permettant encore aux fluides de sortir de la cavité utérine, s'opposent cependant à ce qu'ils puissent y pénétrer en traversant le canal cervical. Nous nous refusons trop souvent à croire que cette cause de stérilité soit aussi commune qu'elle l'est réellement, et nous sommes trop disposés à dire que l'orifice de l'utérus est en bon état, parce que nous pouvons y introduire une bougie, ou parce qu'il laisse s'écouler librement les fluides qui viennent de la cavité de la matrice.

Voyons maintenant ce qu'il convient de faire dans un cas pareil? L'orifice consiste en une fente linéaire,

transversale, dont les deux bords opposés sont fermement serrés l'un contre l'autre (fig. 70). Il est assez long transversalement, mais il n'est point ouvert dans son diamètre antéro-postérieur; il a perdu sa forme ovale, et bien qu'il soit aussi largement fendu qu'il peut l'être, il n'en reste pas moins fermé, au point de vue pratique. Un orifice pareil peut être traité par les bougies pendant assez de temps pour que le chirurgien et la malade en soient tous les deux fatigués, et sans que le moindre résultat ait été obtenu; aussi n'y a-t-il réellement qu'une chose à faire dans un cas semblable, c'est l'incision du col, comme dans la dysménorrhée. Peut-être paraîtra-t-il paradoxal d'agrandir un orifice déjà assez large, mais le seul moyen par lequel j'ai toujours réussi à obtenir la rétraction permanente des lèvres ainsi comprimées l'une contre l'autre, c'est assurément l'incision bilatérale des fibres circulaires du col induré.

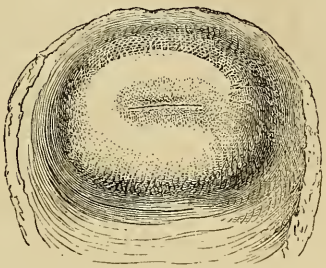

Fig. 70.

Dans le mois de mars 1859, une dame de vingt-sept ans me consulta au sujet d'une stérilité acquise. Elle avait eu un fils cinq ans auparavant; depuis lors, plus de conception. Comme elle était, ainsi que son mari, d'une santé vigoureuse, tous les deux eurent le désir de con-

naître la cause de leur chagrin. Le médecin de la famille leur avait affirmé qu'il n'y avait aucune cause qui rendît la conception impossible. Je soutins, au contraire, qu'elle n'aurait jamais lieu, tant que l'orifice de la matrice resterait dans l'état où je le trouvais, et j'expliquai la nécessité d'y remédier par une opération chirurgicale. La malade, convaincue que cette opération se ferait sans douleur et sans danger pour elle, s'y soumit à l'instant même. Le col était dur et cartilagineux, mais les incisions produisirent le résultat que j'avais recherché : la forme elliptique de l'orifice.

Il fallut des soins minutieux pour l'empêcher de revenir à son ancien état de coarctation; heureusement tout marcha bien, et, en moins d'un an, à compter du jour de l'opération, cette dame accoucha, sans accident, de deux jumeaux : ample compensation, disait-elle, du temps qu'elle avait perdu. Quinze mois après, elle donna le jour à un nouvel enfant, preuve évidente que l'orifice utérin restait convenablement ouvert.

Je pourrais énumérer plusieurs autres changements d'aspect et de forme de l'orifice, survenus à la suite d'un accident, de l'inflammation, de l'engorgement ou de l'hypertrophie; tous s'opposent au passage des spermatozoaires dans la cavité de l'utérus; plusieurs d'entre eux peuvent être reconnus et traités heureusement; mais le plus grand nombre, même après avoir été parfaitement compris, déjouent encore tous nos efforts.

Nous savons tous que le travail de l'accouchement, en se prolongeant outre mesure, quand la tête est enclavée, produit souvent la gangrène du vagin, qui a pour conséquence les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales; d'autres fois l'enclavement a lieu dans le détroit supérieur, avant que la tête ait franchi le col, dont une partie peut aussi se gangrener, sans déterminer de communication fistuleuse avec la vessie et le rectum.

La destruction porte tantôt sur la lèvre antérieure, tantôt sur la lèvre postérieure, parfois sur la portion latérale du col. Il y a quelques années le professeur Isaac E. Taylor, du collége médical de l'hôpital de Bellevue, me fit voir un col entièrement détruit à la suite d'un enclavement. Dans presque tous les cas, le processus de cicatrisation amène des déformations de l'orifice, qui constituent des obstacles à la conception. Je pourrais citer un nombre immense d'exemples de ce genre, tirés des registres de l'Hôpital des femmes, mais un seul devra suffire.

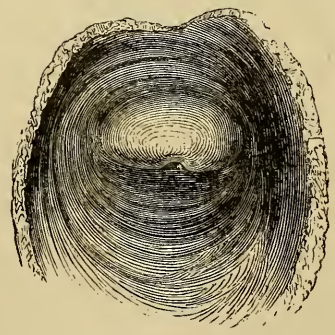

Fig. 71.

La figure 71 représente un cas qui se trouvait à l'Hôpital des femmes en 1856. La lèvre antérieure du museau de tanche était détruite en entier, mais la postérieure, tout à fait intacte, se projetait légèrement en avant,

de manière à masquer la petite ouverture qui conduisait au canal cervical. Il y avait aussi une fistule vaginale qui fut aisément guérie, mais l'orifice de la matrice était resté contracté, ridé, et la lèvre postérieure se repliait sur lui de manière à constituer un obstacle à toute conception future.

Le professeur Fordyce Barker, du collége médical de l'hôpital de Bellevue, m'adressa, en 1858, un cas dans lequel le col tout entier avait été détruit, sans que le vagin fût en rien intéressé; la cicatrice avait produit ici une oblitération complète de l'orifice. En portant le doigt dans le vagin, on sentait la matrice assise dans le canal, auquel elle était comme attachée par un collet rétréci, mais sans s'y projeter aucunement.

Dans ce cas, l'oblitération portait non-seulement sur l'orifice, mais encore sur le canal cervical. Il n'était pas facile de pénétrer jusque dans la cavité de la matrice, en pratiquant une ouverture à travers cet isthme de tissu dense et fibreux. J'eus cependant le bonheur de réussir, et de maintenir le canal ouvert au moyen d'une tige intra-utérine, pendant deux mois, au bout desquels la malade quitta l'hôpital. Mais deux ou trois mois après, elle y rentra, dans un état tout à fait semblable à celui qu'elle présentait quand je la vis pour la première fois. Je répétai l'opération une seconde et même une troisième fois, et le canal s'oblitéra, par la suite, une seconde et une troisième fois.

Mais il est d'autres difformités du museau de tanche

qui, sans présenter un caractère aussi fâcheux, peuvent encore amener une stérilité complète. Tout état organique, comme je l'ai si souvent dit, qui tend à empêcher le passage des spermatozoaires, tend nécessairement aussi à empêcher la conception ; désireux d'inculquer ce fait dans l'esprit des jeunes chirurgiens, je continuerai la démonstration clinique de ma pensée.

Une dame de vingt-six ans avait eu deux accouchements à terme, le dernier il y a six ans. Le travail, violent et rapide, n'avait duré qu'une demi-heure. L'enfant était gros, et la tête avait probablement franchi le col avant qu'il fût suffisamment dilaté ; aussi l'orifice avait-il été lacéré d'un côté à l'autre. La malade guérit lentement, mais, par la suite, elle resta stérile.

La figure 72 représente l'aspect de l'orifice. La moitié antérieure du col était deux fois aussi épaisse que la moitié postérieure. La lèvre postérieure du museau de tanche s'avançait sur la lèvre antérieure de manière à clore entièrement l'orifice, comme aurait fait une valvule. Le col était induré, et l'on pouvait suivre distinctement, depuis l'orifice jusqu'à l'insertion du vagin, les cicatrices latérales résultant de la déchirure et

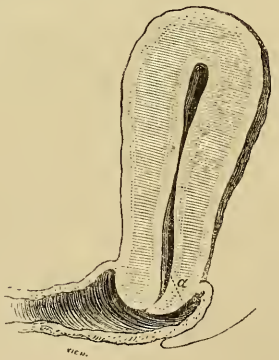

Fig. 72.

de sa guérison consécutive. Cette dame était tourmentée de l'idée de n'avoir plus d'enfants ; je lui proposai de retrancher la lèvre postérieure qui fermait l'orifice, en portant l'instrument sur la ligne pointée *a*. Cette opération devait avoir l'avantage de redresser le canal cervical et d'ouvrir la porte aux spermatozoaires, si la cicatrisation pouvait être dirigée de manière à prévenir une coarctation vicieuse ; mais la malade, effrayée à la pensée d'une opération, refusa de s'y prêter.

Mais, dira-t-on, « vos vues sur la conception sont purement mécaniques » ? En effet, l'acte de la copulation est lui-même tout à fait mécanique : il suffit de déposer la semence dans un lieu propice et au moment favorable ; il est indifférent que l'acte copulatif soit accompli avec plus ou moins de vigueur et d'éréthisme, ou qu'il ait lieu rapidement, avec tiédeur et sans aucune satisfaction, pourvu que la semence soit déposée à l'orifice de la matrice, si, du reste, toutes les autres conditions sont telles qu'elles doivent être. J'accepte donc pleinement la charge des idées mécaniques.

Je justifierai par un fait les principes de l'opération que je viens de proposer. Un homme veuf, dans la force de l'âge, d'une bonne santé, déjà père, épousa en secondes noces une jeune femme qui resta stérile pendant cinq années. Ce n'était pas la faute du mari, cela était prouvé par son premier mariage. Chez la femme, la menstruation était régulière ; elle durait deux jours, sans grand malaise, à moins qu'elle ne

s'exposât au froid pendant la durée du flux. Elle souffrait un peu de la constipation et des hémorrhoïdes, mais sa plus grande peine venait d'une leucorrhée avec prurit. Je reconnus par l'examen qu'il n'existait aucune érosion granuleuse de l'orifice, et que la sécrétion irritante n'était autre que le produit d'une utérorrhée.

La figure 73 représente les particularités anatomiques de l'orifice et du col, ainsi que la direction du canal cervical. La position de la matrice était normale ; la partie intravaginale du col était irrégulièrement développée, de telle sorte que le segment antérieur ne présentait pas plus que le quart de la longueur du segment postérieur. En d'autres termes, l'orifice utérin s'ouvrait, dans l'espèce, sur la face antérieure du col, au lieu de s'ouvrir au centre, en *a*, sur la même ligne que le grand axe du canal cervical.

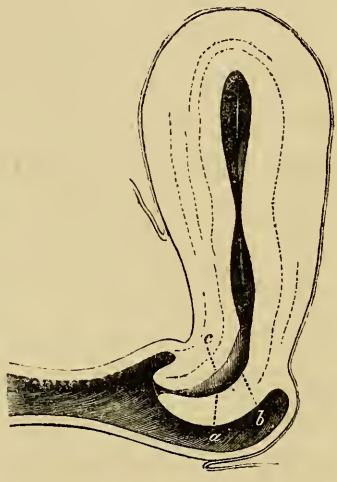

Fig. 73.

L'orifice était fort étroit; mais, au moyen d'une tente-éponge, je m'assurai que la face antérieure du col, au point *c*, était le siége de granulations de la mu-

queuse, source évidente de la sécrétion morbide qui irritait les parties externes de la génération.

Cette dame ne me consultait pas à propos de sa stérilité; elle ne me demandait que la guérison de ses souffrances physiques. En pareil cas, la conception est absolument impossible, et j'atteste en avoir vu beaucoup de semblables dans lesquels la stérilité était inévitable. Ces sortes de difformités sont évidemment congénitales.

Trois mois de traitement n'amenèrent aucune amélioration, soit de l'utérorrhée, soit du prurit; la tente-éponge et la cautérisation des granulations au point *c*, employées en même temps qu'un traitement tonique réfocillant, restèrent également sans succès. Surgit alors cette question: Quelle autre chose la chirurgie pouvait-elle faire pour le soulagement de la malade? Le seul moyen qui me parut propre à guérir l'utérorrhée consistait à tenir l'orifice de la matrice constamment ouvert, afin de livrer une issue facile au produit de sécrétion qui semblait prendre de l'âcreté, en subissant quelques changements pendant son séjour dans la poche formée sur le trajet du canal cervical.

Deux procédés opératoires me vinrent à l'esprit. Le premier reposait sur l'incision bilatérale de l'orifice et du col; le second sur le retranchement de toute la lèvre postérieure au point *b*. Par le premier moyen, il se pouvait qu'on guérît l'utérorrhée, conformément au principe adopté dans la cure des trajets fistuleux qu'il

est d'usage d'élargir, afin de rendre plus facile l'issue des matières qu'ils contiennent. Mais j'étais bien sûr que ce procédé ne pourrait pas faire disparaître la stérilité, parce que le clapet postérieur viendrait toujours, par son exubérance, empiéter sur le segment antérieur du col, et s'opposer au passage des spermatozoaires; j'ajoute qu'en pareilles circonstances, j'avais sans succès expérimenté ce procédé, et qu'il était à craindre que la cure ne fût point permanente, si la cause de la stérilité n'était pas détruite.

Je ne connaissais pas alors le procédé qui consiste à fendre la lèvre postérieure en arrière, comme on peut le voir sur la figure 63, page 202; sans cela, il est probable qu'à ce moment je l'aurais adopté. Je me décidai pour l'amputation ou l'exsection de la portion postérieure du col, à la hauteur de la ligne pointée *b*, méthode qui me paraissait la meilleure pour assurer tout à la fois une issue facile à l'écoulement leucorrhéique et une entrée libre au fluide séminal. L'opération fut faite au mois d'avril 1857, avec l'assistance du docteur Emmet et du docteur Scudder, alors chirurgien résident de l'Hôpital des femmes.

La malade nous quitta au bout de quinze jours, c'est-à-dire beaucoup trop tôt, car nous ne pûmes employer tous les moyens usités pour prévenir le rétrécissement de l'orifice par le développement de granulations. Malgré cela, l'écoulement ainsi que le prurit avaient été guéris, et la grossesse qui survint ensuite,

et se termina par un accouchement à terme, vint démontrer, autant que le puisse un fait unique, la justesse des principes de l'opération appliquée à la cure de ce cas particulier et de ses analogues.

Je pourrais rapporter encore plusieurs autres exemples de modifications dans le volume, la forme et les relations du museau de tanche ; mais j'en ai dit assez, j'espère, pour faire sentir aux jeunes chirurgiens l'obligation où nous sommes d'imiter la nature, autant qu'il est en nous, si nous voulons que nos efforts soient couronnés de succès.

CHAPITRE IV

IL FAUT QUE LE COL DE L'UTÉRUS SOIT DE GRANDEUR, DE FORME ET DE DENSITÉ CONVENABLES.

Sur 250 femmes mariées, n'ayant jamais eu d'enfants, l'état du col fut particulièrement observé chez 218; les 32 autres ont été exclues à cause de complications qui devaient détruire ou contre-balancer l'influence que les particularités du col pouvaient exercer sur la stérilité.

Le col était	fléchi	chez 19	71
	— conique	31	
	— — et induré	21	
	droit, conique et induré	chez 4	147
	— — induré et allongé	109	
	— — allongé, mais non induré	7	
	— non conique, mais hypertrophié et induré	14	
	granuleux	10	
	— et conique	3	

Dans ce nombre nous trouvons :

71	fléchis, dont	52	avaient un col conique.
147	droits, dont	123	*idem.*
218		175	

Ainsi nous trouvons le col conique sur 85 pour 100, environ, de tous les cas de stérilité naturelle.

Cela démontre pleinement la grande influence que cette forme anormale du col exerce sur la stérilité, et, quand nous nous rappelons qu'elle est presque toujours associée à une étroitesse de l'orifice, nous sommes forcés de reconnaître son importance.

Après avoir dit qu'il fallait que le col fût de grandeur, de forme et de densité convenables, considérons ses variations de grandeur d'après un type normal.

Le col est normal quand il a à peu près la moitié de la longueur de l'utérus, et, lorsqu'il se projette dans le vagin d'un quart à un tiers de pouce, antérieurement, et d'une fraction de plus, postérieurement; la portion intra-vaginale est arrondie, tronquée et élastique au toucher. Mais, en cela, il peut varier de différentes manières : il peut être hypertrophié ou allongé, projeté ou non dans le vagin; fléchi, induré, engorgé ou granuleux; dans l'état de stérilité, il est très-fréquemment, comme on le voit par le tableau précédent, de forme conique, droite ou fléchie, et si l'induration se joint à la conicité, il s'y joint aussi, presque invariablement, une coarctation de l'orifice.

Mais indépendamment de sa forme, si le col se projette d'un demi-pouce dans le vagin, la stérilité est très-probable; si la projection est d'un pouce, elle est presque certaine. L'allongement est-il plus considérable encore, c'est-à-dire d'un pouce et demi ou deux, la stérilité devient absolue; il en est de même si le col ne se projette pas dans le vagin.

L'élongation du col est très-commune, tandis que son défaut de développement est comparativement rare. Cette élongation peut être réelle ou seulement apparente. Elle est réelle, quand la cavité utérine a plus de deux pouces et demi de profondeur, et s'il est reconnu que la profondeur additionnelle tient au développement extraordinaire du col. Elle est seulement apparente, lorsque la profondeur de la cavité étant normale, la projection exagérée du col dans le vagin provient évidemment de ce que ce dernier organe embrasse le col à une trop grande hauteur. Mais, qu'il soit trop long en réalité ou en apparence, le même traitement est nécessaire. Si le col a plus d'un pouce, le corps de l'utérus sera presque nécessairement rejeté en arrière, parce que le col, en se projetant si loin, ne peut s'accommoder à la paroi opposée du vagin qu'en prenant la direction de son axe. Cette situation du col sera accompagnée d'une rétroversion du corps de l'organe, ou, si celui-ci reste en position normale, le col, en général, sera fléchi antérieurement. D'autres fois il en résultera une procidence complète; mais nous n'avons à parler ici que du fait, et non de ses conséquences.

Supposons que le col soit trop long, qu'aurons-nous à faire? Quelques médecins des plus autorisés conseillent de le réduire avec de la potasse caustique, quand l'hypertrophie est considérable. Je n'ai jamais essayé ce moyen, mais j'ai vu l'hypertrophie subsister après son emploi, et je n'hésite pas à dire qu'il ne constitue pas

le procédé le plus facile et le plus sûr. Ce qu'il y a de mieux, c'est l'amputation. Nous pouvons nous servir pour cela du bistouri ou de l'écraseur : je préfère de beaucoup le premier. Je reproche à l'écraseur de donner une surface lacérée qui se guérit par granulation, ce qui exige beaucoup de temps et laisse souvent une étroitesse de l'orifice du museau de tanche. Je tire une autre objection à son emploi du peu de certitude que nous avons, avec lui, de faire l'amputation précisément au point où nous plaçons la chaîne qui, parfois, s'engageant trop avant dans les tissus, en enlève plus que nous ne voulons. Ce sujet a soulevé de telles craintes, que plusieurs chirurgiens allemands ont abandonné l'écraseur dans toutes les opérations du col de la matrice, parce que la vessie, et quelquefois le cul-de-sac postérieur du vagin, ont été atteints par l'instrument envahisseur, et qu'il est arrivé même que la cavité du péritoine ait été ouverte. On pourrait croire que ces accidents sont imaginaires, mais, malheureusement, je puis témoigner personnellement, au moins dans un cas, de la réalité d'un pareil accident.

Une dame du Connecticut fut envoyée à l'Hôpital des femmes, en octobre 1860, avec une tumeur cancéreuse du col; elle avait environ la grosseur d'une orange de Sicile, et elle couvrait entièrement le museau de tanche. La figure 74 représente son volume et sa position. Il n'y avait aucun doute quant à la nature de cette tumeur; néanmoins son ablation fut décidée. La

malade éthérisée et placée sur le côté gauche, comme dans toutes ces sortes d'opérations, le spéculum fut introduit, et la chaîne de l'écraseur placée autour de la base de la tumeur, au point de duplication du cul-de-

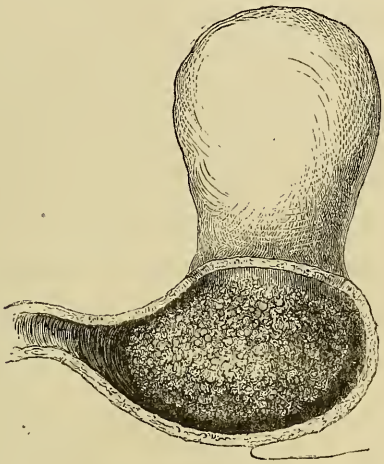

Fig. 74.

sac vaginal antéro-postérieur, les autres parties restant en place comme dans le dessin.

L'écraseur fut manœuvré de la manière ordinaire. Feu le professeur V. Mott était assis à ma droite et en examinait la marche. Il faisait à l'instrument beaucoup d'objections fondées sur des principes philosophiques, et je cherchais à lui prouver que nous devions l'accueillir comme un auxiliaire précieux; mais je n'y réussis pas. Il allait me quitter avant que l'opération fût finie : « Veuillez, lui dis-je, docteur, attendre quel-

ques minutes, c'est presque fait. » Il s'assit de nouveau, et, bientôt après, je fus surpris d'entendre l'air pénétrer dans le vagin et en sortir avec toute la régularité et le synchronisme des mouvements d'inspiration et d'expiration, au moment où la tumeur, cédant à une légère traction opérée sur l'écraseur, venait, sans la moindre résistance, à l'orifice du vagin. Deux ou trois tours de chaîne la tranchèrent entièrement, et quand elle fut retirée, je fus épouvanté de trouver dans le cul-de-sac du vagin un immense trou, de forme semi-lunaire, par lequel nous pûmes voir à une profondeur de trois ou quatre pouces dans la cavité du péritoine, et observer les mouvements des viscères à chaque acte respiratoire.

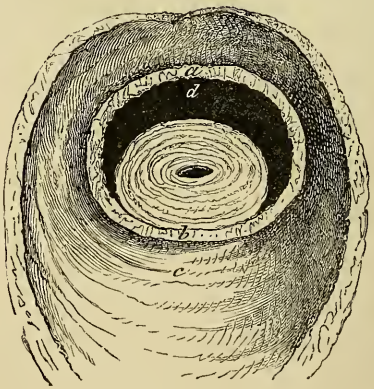

Fig. 75.

La figure 75 représente la physionomie des choses. L'utérus adhérait entièrement à *b*; mais postérieurement et latéralement, il était complétement séparé de

toutes connexions avec le vagin. Pour fermer convenablement cette ouverture, nous aurions dû rapprocher le bord du cul-de-sac postérieur *a* de la portion postérieure de l'utérus dont il était séparé; mais, comme ce cas nous paraissait devoir se terminer nécessairement d'une manière fatale, et que la réunion exacte des parties séparées eût été fort difficile et nous eût forcé de tenir l'opérée sous l'influence de l'éther plus longtemps que nous ne le voulions, nous résolûmes d'en finir au plus vite. Nous dénudâmes rapidement les bords du vagin, antérieurement, ainsi que tout le pourtour; nous y passâmes six sutures d'argent, comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, et nous rapprochâmes soigneusement les deux bords opposés du vagin, en laissant le col de l'utérus dans la cavité du péritoine. Mais, pour donner issue aux sécrétions, nous introduisîmes un cathéter dans cette cavité, au point central de réunion *c*, où fut laissée, dans ce but, une petite ouverture. Une péritonite aiguë survint, mais la malade eut le bonheur d'en guérir.

Cette opération eut pour témoins un grand nombre de médecins, parmi lesquels se trouvaient le vénérable docteur Mott, les docteurs Emmet et Pratt, le docteur Rives, chirurgien alors attaché à l'hôpital, et plusieurs autres. C'est le seul exemple que j'aie vu d'un accident résultant de l'usage de l'écraseur. On pense bien que l'emprisonnement du col dans la cavité du péritoine fut fait à tort, et que pareille chose ne devrait pas se re-

nouveler; nous n'aurions certainement pas agi ainsi si nous avions eu la moindre idée que la malade pût en revenir. La cavité du péritoine fut constamment tenue ouverte aux sécrétions au moyen d'un tube, par lequel nous faisions de fréquentes injections d'eau tiède, ce qui procurait à la malade un grand soulagement.

Ce tube fut porté pendant environ trois semaines; alors le canal devint fistuleux et se maintint ouvert. A ma grande surprise, la malade se remit complétement des suites de l'opération, et au bout de quelque temps elle retourna chez elle dans un état très-satisfaisant. Mais bientôt des symptômes de l'ancienne maladie cancéreuse se manifestèrent de nouveau, et elle mourut d'un cancer, huit ou dix mois après avoir quitté l'hôpital. L'idée des tubes employés au drainage de la cavité du péritoine, et pour y faire pénétrer des injections, appartient à mon compatriote le docteur Peaslee, qui en a démontré la sûreté et l'efficacité pratique après l'opération de l'ovariotomie, où il y a toujours à évacuer des sécrétions de mauvaise nature. Le lecteur trouvera les observations du docteur Peaslee dans l'*American Journal of the medical Sciences* (1).

L'amputation du col de l'utérus appartient essentiellement à la chirurgie française. Lisfranc avait très-fréquemment recours à cette opération. Il amputa le col

(1) Janvier 1856, p. 49; avril 1863, p. 363; juillet 1864, p. 47.

dans quatre-vingt-dix-sept cas, et ne perdit que deux malades.

Récemment, M. Huguier a mis cette méthode encore plus en honneur, en la généralisant et en l'appliquant à tous les cas qu'il appelle élongation hypertrophique. Son succès a été aussi grand qu'on pouvait le désirer. C'étaient des cas de procidence, la plupart accompagnés d'élongation de la portion supra-vaginale du col; mais ce que nous avons à considérer ici, c'est l'opération qui s'applique uniquement à l'élongation infra-vaginale, sans qu'il y ait nécessairement procidence.

Après mes premières amputations avec l'écraseur, le museau de tanche restait si souvent ridé et resserré, que j'adoptai une méthode qui consiste à faire l'opération à deux reprises : ainsi, je faisais avec des ciseaux une

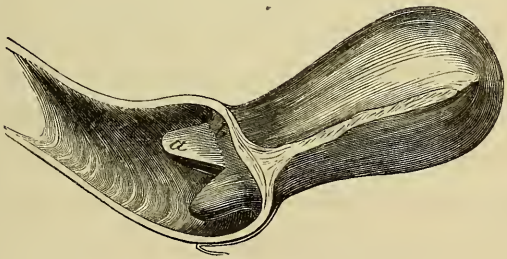

Fig. 76.

fente de chaque côté du col, un peu au-dessous de l'insertion du vagin, puis j'en enlevais la moitié, par exemple la portion antérieure de *a* à *b* (fig. 76); je laissais passer une ou deux périodes menstruelles pour que la plaie se guérît, puis j'enlevais l'autre moitié.

Telle était la méthode assez généralement suivie à l'Hôpital des femmes jusqu'en octobre 1859, lorsque le hasard me fit adopter le procédé suivant. Voici dans quelles circonstances. Une dame de la Caroline du Nord me fut adressée par son médecin pour une amputation du col. Le temps dont elle pouvait disposer était limité, elle désirait vivement retourner chez elle le plus tôt possible. Je me déterminai, en conséquence, à retrancher la totalité du col, en une seule fois, avec l'écraseur. La malade était déjà complétement éthérisée, quand le docteur Pratt, chirurgien de l'hôpital, me dit que le seul écraseur que nous eussions était brisé; n'ayant pas le choix de l'instrument, je me vis forcé de faire l'opération avec des ciseaux. Je fixai un ténaculum à la lèvre antérieure du museau de tanche, et j'attirai doucement le col en avant; je le tins fermement dans cette position, et, après l'avoir fendu des deux côtés avec des ciseaux, près de l'insertion du vagin, j'enlevai vivement la moitié antérieure, puis la postérieure. J'avais l'intention de laisser la plaie se cicatriser de la manière ordinaire, par granulation, ce qui aurait demandé de trois à cinq ou six semaines; mais, en examinant la plaie et en attendant que le saignement cessât, l'idée me vint tout à coup de recouvrir la surface coupée avec la membrane muqueuse vaginale, de la même manière que nous recouvrons avec la peau la plaie d'un bras ou d'une jambe amputés par la méthode circulaire. Je traversai immédiatement

d'avant en arrière, les bords de la plaie avec quatre sutures d'argent, deux de chaque côté du canal cervical, ce qui ramena la membrane vaginale par-dessus la plaie du col, qu'elle recouvrit complétement, sauf une petite ouverture ovale réservée au centre et correspondant à celle du canal cervical.

La plaie guérit par première intention; les sutures furent retirées neuf ou dix jours après, et ma malade fut bientôt en route pour retourner chez elle, sans avoir souffert le moins du monde des suites de l'opération. Depuis ce temps j'ai adopté cette manière d'am-

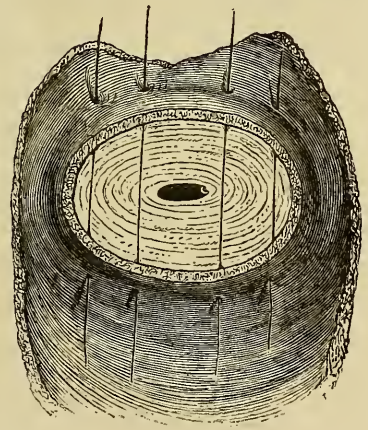

Fig. 77.

puter, et j'ai toute raison de croire qu'ici la guérison par première intention est relativement aussi supérieure à la guérison par granulation qu'elle l'est dans tout autre cas d'amputation.

La figure 77 représente le col après l'amputation,

avec les sutures passées dans les bords coupés du vagin à l'effet de recouvrir la plaie.

La figure 78 représente la physionomie de la plaie après la torsion des fils métalliques.

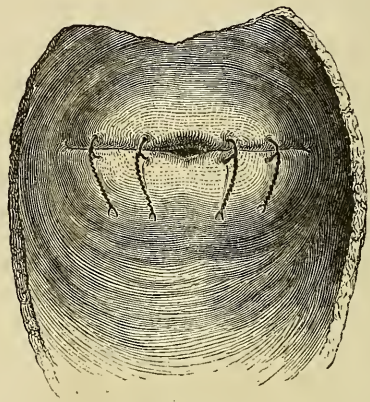

Fig. 78.

Mais on demandera peut-être quels sont les dangers auxquels expose cette opération. Ils sont peu nombreux. Lisfranc perdit deux malades sur quatre-vingt-dix-sept ; M. Huguier a fait trente amputations du col, sans aucun revers. J'ai moi-même fait plus de cinquante opérations, dont trente-six par cette méthode, et je n'ai perdu qu'une seule malade ; encore, dans ce cas, l'opération eut-elle lieu malheureusement à un moment où l'atmosphère de l'hôpital était défavorable à toute opération chirurgicale, et où la plus légère était suivie de sérieux accidents.

Si nous avions soupçonné cette mauvaise condition

épidémique, la malade n'eût pas été opérée à ce moment, car l'état d'encombrement de nos salles devint tel, que nous fûmes obligé de les évacuer et de suspendre toute opération pendant cinq ou six semaines. Mais n'y a-t-il aucun danger dans l'opération elle-même? Le seul que je connaisse, c'est d'ouvrir la cavité du péritoine, en coupant trop haut la moitié postérieure du col.

Cet accident est arrivé entre les mains d'un accoucheur distingué de New-York, et sa malade guérit sans le moindre symptôme fâcheux. Malgré cette issue heureuse, c'est un danger qu'il faut soigneusement éviter. Envisagée sous tous les points de vue, je ne pense pas que cette opération offre plus de risques que l'incision de l'orifice et du col. Théoriquement, elle serait plus sûre, puisque l'une se guérit généralement par première intention, tandis que l'autre offre une surface granuleuse, pendant quinze jours ou plus. Si les femmes ont un vif désir de progéniture, et que le principal obstacle à la conception réside dans la longueur du col, on en trouvera peu qui ne consentent à courir les faibles risques de l'opération, pour voir se réaliser une espérance si chère.

Je n'ai pas encore vu beaucoup de cas de conception survenir après l'amputation du col; mais je suis convaincu que si j'avais fait l'amputation dans plusieurs cas où je me suis borné à ouvrir simplement le col, la conception aurait eu lieu plus fréquemment.

A la page 284, est rapporté un cas de grossesse qui suivit l'amputation, ou plutôt l'exsection de la portion postérieure du col; j'ai à citer un autre cas où elle survint après l'ablation de la moitié antérieure. Voici dans quelles circonstances. Madame A..., âgée de trente ans, était mariée depuis sept; elle avait eu, un an après son mariage, un enfant qui mourut jeune. Point de conception depuis. Très-désireuse d'avoir des enfants, elle se trouvait extrêmement malheureuse. Elle avait une rétroversion avec hypertrophie de la paroi postérieure de l'utérus, en même temps que le col était lui-même hypertrophié, dur et allongé. La malade avait suivi un traitement, depuis octobre 1857, jusqu'au printemps de 1859. Dès le commencement, je lui dis que je ne voyais pas comment elle pourrait jamais concevoir dans l'état où se trouvait le col de la matrice; je voulus alors l'amputer, mais elle s'effrayait de l'opération et ne pouvait s'y décider. Enfin je lui dis que je ne m'occuperais plus d'elle, si elle ne voulait pas subir cette amputation. Elle y consentit, et entra à l'Hôpital des femmes. J'avais alors l'habitude de faire l'opération en deux fois.

Les docteurs Francis, Mott et Green, du bureau de consultation, et le docteur Emmet, étaient présents à l'opération, qui eut lieu le 8 juillet 1859. Après avoir fendu le col des deux côtés avec des ciseaux, sa moitié antérieure fut enlevée. La patiente quitta l'hôpital quinze jours après, se proposant de revenir le 1er oc-

tobre pour le retranchement de l'autre moitié. Mais heureusement les menstrues prochaines furent suivies de la conception; la grossesse arriva à terme, et la délivrance eut lieu sans accident.

J'avais fait en 1862 le plus grand nombre de mes opérations. Plusieurs médecins de mes amis agitèrent alors la question de savoir si l'opération en elle-même ne pourrait pas être un obstacle à la conception. La demi-amputation ci-dessus rapportée, et l'amputation citée à la page 284, étaient alors les seuls faits que je pusse opposer à la question; je puis citer aujourd'hui deux nouveaux exemples qui prouvent qu'elle n'est nullement incompatible avec la conception. Il est vrai qu'ici l'opération ne fut pas faite en vue de la stérilité, mais uniquement pour détruire une maladie qui avait resisté à tout autre traitement.

L'une des malades était une cliente du professeur Metcalfe, de New-York. Elle était mère, et avait toujours été mal portante depuis la naissance de son unique enfant. La position de l'utérus était normale; le col était hypertrophié, mais non induré; une lacération de l'orifice s'étendait sur la lèvre postérieure, près de l'insertion du vagin, et la membrane muqueuse du col était plissée et recouverte de granulations volumineuses, qui donnaient naissance à une leucorrhée constante. Divers remèdes avaient été employés sans aucun succès; et, comme le docteur Metcalfe avait déjà épuisé tous ceux qu'on emploie dans le traitement local,

je proposai l'amputation comme le moyen le plus expéditif et le plus sûr de vaincre cet état maladif. L'opération fut faite en mai 1862, avec l'assistance des docteurs Metcalfe, T. G. Thomas et Emmet; je suivis le procédé que j'ai déjà décrit, et la plaie fut recouverte avec la membrane muqueuse vaginale, au moyen de sutures passées d'avant en arrière. Deux ou trois jours après, survint une hémorrhagie qui donna aux docteurs Metcalfe et Thomas un peu d'inquiétude; mais la malade se rétablit bientôt sans autre accident, et le docteur Emmet m'a écrit que la conception avait eu lieu quatre mois après l'opération.

L'autre malade était une dame, fille d'un médecin distingué; elle avait eu un enfant quatre ans auparavant. Au moment où je l'examinai, elle avait une rétroversion avec hypertrophie de la paroi postérieure et élongation du col. Cet état du col me parut être un obstacle à la réduction du déplacement; je me décidai à l'amputer. Je fis l'opération en juin 1862, avec l'assistance des docteurs Emmet et Pratt, et la dame conçut dans le mois d'octobre suivant.

Je présente ces faits pour toute réponse à la question relative à l'influence de l'amputation sur la conception; ils suffisent à démontrer qu'elle ne lui est pas contraire. Je suis allé, dans mes développements, jusqu'à la minutie, parce que j'aurai bientôt occasion d'insister sur la nécessité de recourir à cette opération dans une catégorie de cas où jusqu'ici elle n'a pas été recommandée.

Une condition tout opposée du col, c'est-à-dire le défaut de développement, peut causer la stérilité; je dois en faire ici mention. On trouve parfois la matrice peu développée ou à l'état rudimentaire; alors les menstrues peuvent manquer tout à fait, ou se montrer si peu, qu'elles attirent à peine l'attention. Dans ces cas, il y a peu de chose à faire, ou même rien. D'autres fois nous trouvons, au contraire, la matrice assez développée et les menstrues sont abondantes; mais le col ne se projette pas dans le vagin, et il en résulte toujours la stérilité et ordinairement la dysménorrhée. Le canal du col est très-petit et habituellement fléchi.

Voici un exemple qui servira de type. Le docteur W. E. Johnston me fit appeler, en décembre 1863, près d'une de ses malades, qui avait été mariée dix ans sans avoir d'enfants. Elle avait consulté MM. Velpeau, Nélaton, Ricord, Trousseau, et trente-deux autres médecins de Paris. La dysménorrhée dont elle souffrait était effroyable. Elle prenait habituellement des anodins, et, à chaque période menstruelle, on lui appliquait des sangsues au moyen du spéculum. Les symptômes de cette maladie sont trop connus pour que j'aie besoin de les exposer ici. Le doigt introduit dans le vagin ne trouva qu'une poche assez spacieuse. Le col ne s'y projetait point, mais on sentait l'utérus à droite de la ligne médiane, assis, pour ainsi dire, sur le vagin, auquel il était attaché par un isthme étroit et courbe formé de tissu fibreux : c'était le col, qui n'avait pu se

développer, et dans lequel je parvins à passer une sonde jusqu'au fond, à une profondeur de deux pouces et demi. Sur la gauche de l'utérus, on trouvait une masse de tissu cellulaire condensé, grosse comme la moitié d'une noix, vestige probable d'un abcès pelvien survenu quatre ou cinq ans auparavant. Le cercle *ab* (fig. 79) représente la place qu'aurait dû occuper le col, et le point *c* montre l'ouverture qui menait à l'utérus.

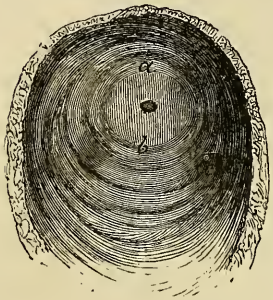

Fig. 79.

Ce point était moins visible autrefois, avant qu'un des médecins de la malade eût enlevé un lambeau de la membrane vaginale qui recouvrait le canal et le rendait plus valvulaire et plus tortueux qu'il n'était alors; mais cette opération n'avait procuré aucun soulagement.

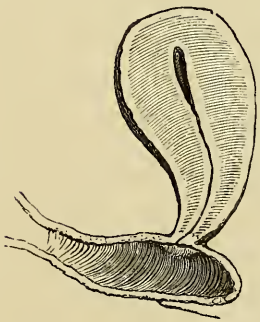

Fig. 80.

La figure 80 montre le col de la matrice reposant sur le vagin, au lieu de s'y projeter. Il n'y avait naturellement ici qu'une chose à faire, c'était d'élargir le canal cervical par une incision, puis de le tenir ouvert. Mais cette opération demandait beaucoup de précision, à cause de l'étroitesse et du défaut de dé-

veloppement du col, juste au point où il se trouvait en contact avec le vagin. Néanmoins rien ne fut tenté; la malade était fille unique, et son père était effrayé de la voir subir une opération chirurgicale.

Mais laissons là ces cas extrêmes, soit d'hypertrophie, soit de défaut de développement, et passons à des états du col que nous rencontrons communément chez les femmes stériles.

Au commencement de cette section j'ai dit qu'« il fallait que le col fût de grandeur, de forme et de densité convenables ». Après avoir parlé de sa grandeur et des variations qu'elle subit, nous nous demanderons quelle est la forme qu'il doit avoir.

Il doit être arrondi et tronqué. Si maintenant nous nous reportons au tableau de la page 237, nous verrons que sur 218 femmes stériles, le col était fléchi chez 71. Parmi celles-ci, 19 avaient des flexions supra-vaginales compliquées de quelque déplacement du fond. La flexion était associée à la forme conique dans 52 cas, à quelques-uns desquels se liaient aussi des déplacements du corps de l'utérus. Le col était droit, conique et induré dans 4; droit, conique et allongé dans 109; droit, conique, allongé et non induré dans 7; granuleux et conique dans 3.

Il est ainsi démontré que la forme conique du col, qu'elle soit fléchie, droite, allongée ou non, dispose à la stérilité, puisque nous en avons ici 175 cas sur 218. Nous devons distinguer entre la stérilité naturelle ac-

quise ou accidentelle, et ne pas oublier qu'ici nous ne parlons que des femmes mariées qui n'ont jamais conçu.

Un dessin fera mieux comprendre ce que j'entends par un col conique. La figure 81 représente un type normal de col arrondi et tronqué. Maintenant, si nous examinons le col étendu dans la direction de la ligne pointée *a*, nous aurons une forme assez fréquente de col conique, qui sera presque toujours associée à une coarctation de l'orifice, et presque aussi constamment, à une induration. Tant que la conicité ne sera pas plus développée qu'elle ne l'est ici, il sera facile d'y remédier, et si tout le reste est normal, on pourra compter avec beaucoup de certitude sur la disparition de la stérilité. Dans ce but, l'incision de l'orifice et du col suffira, comme pour la dysménorrhée. L'opération n'élargira pas seulement l'orifice; mais, si les fibres circulaires du col sont divisées d'une manière convenable et complète, les lèvres du museau de tanche, au lieu de former, en se repliant, un petit point rond, se relèveront et se sépareront l'une de l'autre, et donneront au col la forme naturelle d'un cône tronqué plutôt que d'un cône aigu, comme ci-dessus; en se tronquant

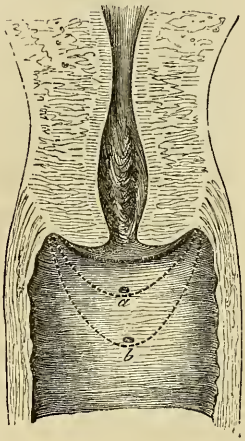

Fig. 81.

ainsi, il devient plus court; ou, en d'autres termes, en se rapprochant de la forme plus naturelle, il prend aussi un volume plus normal. La forme conique dont le type est représenté dans la figure 65, page 216, est la plus modérée et la plus favorable. Mais si le col s'étend dans la direction de la ligne pointée *b*, une simple incision ne le ramènera pas aussi facilement à un état normal.

On trouve quelquefois le col aussi conique que la tête d'une taupe, s'amincissant graduellement à partir de l'insertion du vagin; il est beaucoup plus long que large et se termine presque en pointe au museau de tanche.

Quand il me revient à l'esprit que le col était droit, conique et allongé dans 116 cas sur 210, c'est-à-dire dans plus de la moitié, je pense maintenant que j'ai fait une grande méprise dans le traitement de ces maladies, en incisant simplement l'orifice et le col; la même méprise a été commise par tous les autres chirurgiens.

Je me propose maintenant d'amputer une portion du col dans tous ces cas, afin de lui donner une forme aussi rapprochée que possible de la forme naturelle. Par exemple dans la figure 82, le col devra être amputé au point indiqué par la ligne pointée.

Nous nous sommes tous effrayés à l'idée de tronquer le col de cette manière; nous nous contentions de le fendre simplement pour faire disparaître les souffrances

causées par les menstrues, pensant que, si nous réussissions en cela, nous pourrions espérer aussi réussir à d'autres points de vue. J'ai incisé le col de la matrice, et j'ai souvent vu la conception arriver peu de temps après ; j'en ai incisé des vingtaines, bien plus, des centaines, où j'ai obtenu un soulagement dans les douleurs; mais combien de fois ai-je été désappointé, quant au but principal de l'opération ! Et pourquoi? parce que dans beaucoup de cas, je le vois maintenant, il faut faire plus que d'ouvrir le canal du col.

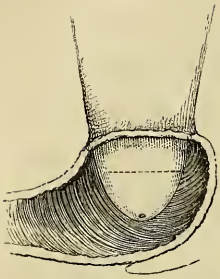

Fig. 82.

Lorsque je jette les yeux sur la liste des cas où l'opération a été promptement suivie de conception, je découvre que si l'orifice était resserré dans presque tous les cas, le col ne présentait rien d'inaccoutumé dans sa longueur ; tandis qu'en examinant de près tous ceux où l'orifice et le col ont été divisés, sans que la conception s'en soit suivie, je trouve, presque dans chacun d'eux, soit un col conique, allongé, soit quelque autre complication aussi défavorable, si non plus. Ne ressort-il pas de là que si nous voulons traiter ces cas avec plus de certitude et de succès, nous devons, toutes choses égales d'ailleurs, nous rapprocher autant que possible de l'état normal, en tronquant le col de manière à lui donner une grandeur et une forme convenables?

J'ai eu dernièrement l'occasion de revoir une femme non mariée chez laquelle j'avais pratiqué, il y a deux ans, l'amputation du col; l'orifice et le col avaient une apparence si parfaitement normale qu'on n'apercevait rien qui pût témoigner qu'une opération eût jamais été faite.

Avant de quitter ce sujet, je rapporterai encore quelques exemples de conicité du col. Nous pourrons rencontrer cette difformité accompagnée de flexion et de développement inégal des parties antérieure et postérieure, comme dans la figure 83. Ici nous ouvrirons le

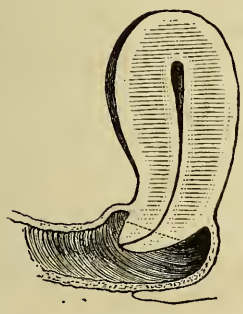

Fig. 83.

Fig. 84.

col par une incision bilatérale, ou nous fendrons la lèvre postérieure directement en arrière; mais je pense que si l'objet principal du traitement est de rendre la fécondité à la femme, il vaudrait beaucoup mieux faire l'amputation dans la direction de la ligne pointée, et

ouvrir ensuite le col par une incision bilatérale. D'autres fois nous rencontrerons le col conique avec un canal droit, l'utérus tout entier ayant l'apparence d'un cône renversé.

J'ai toujours ouvert ces espèces de col par incision bilatérale; mais je ne puis me rappeler qu'un petit nombre de cas qui aient été suivis de conception. Je suis très-certain aujourd'hui qu'il eût mieux valu amputer et ramener de suite le col à une condition normale.

Il n'est pas rare de rencontrer un col conique accompagné de rétroversion. Quelquefois le déplacement paraît être le résultat de l'élongation conique du col qui presse contre la paroi postérieure du vagin. La conception est impossible si la matrice se trouve dans les conditions de grandeur, de forme et de position représentées par la figure 85 ci-contre.

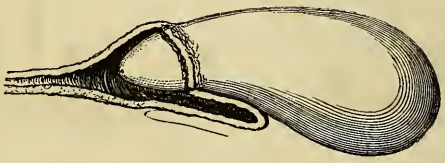

Fig. 85.

Ces exemples sont suffisants pour imprimer à notre esprit le caractère et la physionomie qu'affecte en général la forme conique. Mais il y a tel col qui ne peut être appelé conique, et qui cependant doit être traité de la même manière, si nous voulons rendre la

femme féconde. Par exemple, j'ai vu en consultation à Paris, en mai 1863, une dame, âgée d'environ vingt-sept ans, qui était mariée depuis six ou sept ans sans avoir eu d'enfants. Elle avait toujours souffert d'une dysménorrhée depuis son mariage, et plusieurs médecins très-distingués l'avaient traitée. L'un d'eux lui dit que si elle venait à tomber entre les mains de quelque chirurgien qui voudrait ouvrir par incision le col de la matrice, il protesterait de toutes ses forces contre cette opération pleine de dangers. Il est inutile que j'insiste sur ses souffrances menstruelles et sur son état général d'irritabilité nerveuse. Il y avait antéversion, avec hypertrophie du fond en avant et en arrière, comme on le voit fig. 86, *a b*.

Le col était fléchi comme le montre le dessin. La lèvre postérieure recouvrait l'antérieure et donnait à l'orifice la forme d'un croissant. La lèvre antérieure était granuleuse. Le col n'était pas, à proprement parler, conique, mais il était allongé, trop long pour permettre une conception facile, eût-il même été droit et souple. On ne pouvait dire que le canal du col fut resserré, et cependant la flexion était telle que les surfaces antérieure et postérieure

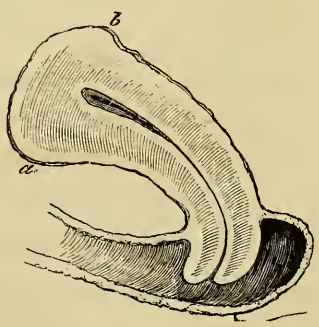

Fig. 86.

se trouvaient étroitement apposées comme deux cuillers mises l'une dans l'autre, ce qui présente toujours un obstacle complet à la sortie du flux menstruel. La conséquence de cet obstacle physique était une endo-métrite persistante, ainsi que le témoignait la présence d'un mucus de couleur brun foncé dans le canal cervical.

Je proposai ici de diviser le col bilatéralement, tout en disant à la malade que l'amputation nous donnerait de meilleures chances d'obtenir un soulagement durable. Son médecin consentit à l'incision de l'orifice et du col. Notre but était d'attaquer la dysménorrhée et l'endo-métrite en élargisssant le canal, sachant bien qu'il serait très-difficile de rendre cette ouverture permanente, à moins de tenir la lèvre postérieure renversée ou roulée en arrière. Quoi qu'il en soit, l'opération fut ainsi faite, beaucoup contre les vœux de la patiente elle-même, qui réclamait l'amputation comme le mode de guérison le plus sûr, sinon le moins dangereux. Les premières menstrues qui suivirent l'opération se firent absolument sans souffrances, mais, malheureusement, il n'en fut pas ainsi dans la suite, et un autre traitement devint nécessaire. Dans des cas comme celui-ci, je suis certain qu'il vaudrait mieux commencer par amputer le col et l'inciser ensuite à une époque plus éloignée.

Si l'expérience prouvait que mes vues sont justes relativement à la nécessité d'amputer le col, quand il est long et conique, dans le but d'augmenter les chances de la conception, il serait important de simplifier

autant que possible l'opération. L'amputation du col avec des ciseaux, comme je l'ai toujours faite, est assez facile pour un chirurgien exercé, mais tous ne trouveront pas qu'il soit aussi commode de faire une coupure bien bonne, par cette méthode. Je n'ai pu me procurer une paire de ciseaux suffisamment courbe pour opérer *nettement*. Mais je crois que je suis enfin tombé sur quelque chose de mieux, que j'appellerai guillotine utérine. Cet instrument est fabriqué à Londres par Mayer, et à Paris par Charrière. Voici comment me vint l'idée de la guillotine utérine. En juillet dernier (1865), mon ami le docteur Henry Bennet me pria d'amputer le col allongé et hypertrophié d'une de ses clientes qui avait depuis longtemps une procidence. Le col se projetait hors de la vulve d'environ un pouce et demi. Il fallait en retrancher trois quarts de pouce. Le docteur Bennet tint solidement l'utérus avec une pince à ténaculum double (fig. 87), fixée aux parties antérieure et postérieure du col, juste au-dessus du point choisi pour l'amputation. Je saisis alors le bout du col et, avec un bistouri, je le coupai instantanément. La plaie fut recouverte à la manière ordinaire, avec

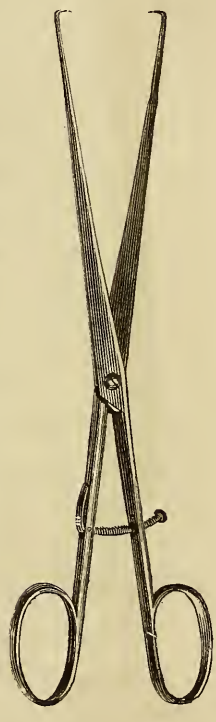

Fig. 87.

la membrane muqueuse au moyen de sutures d'argent.

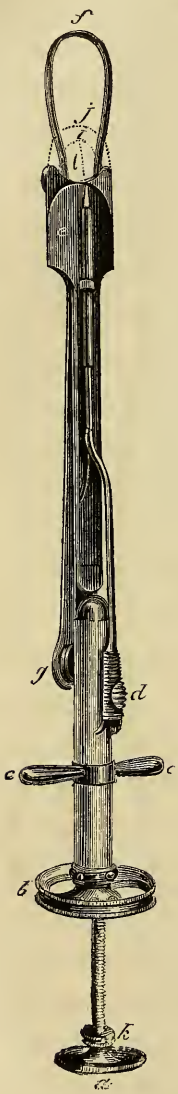

Fig. 88.

L'opération fut faite si rapidement et si nettement, que je m'écriai aussitôt : « Pourquoi n'aurions-nous pas un instrument pour amputer le col d'un seul coup et pendant que l'utérus est en place, absolument comme nous en avons un pour exciser les amygdales? » Je fis part de cette idée à M. Mayer ; la figure 88 représente l'instrument qu'il exécuta. Il consiste simplement à ajouter une lame à l'écraseur. Je me servais primitivement d'un fil d'archal pour étrangler la partie à amputer, mais je trouvai que ce fil s'écartait un peu de la ligne droite quand on le serrait, et qu'il heurtait le tranchant du couteau, lorsque celui-ci était poussé en avant ; alors, sur les conseils de M. Charrière, j'y ai substitué une bride en ressort de montre, repliée trois ou quatre fois sur elle-même, ce qui donne une surface plate le long de laquelle la lame glisse sans obstacle.

Quand on applique l'instrument, il faut que la bride *f* embrasse le col au point où on veut le couper ; on tourne l'écrou *b* jusqu'à ce que la bride soit

serrée solidement autour de la partie ; on transperce le col avec l'aiguille au moyen de la coulisse *d*; puis on pousse vivement en avant la lame *e*, en faisant descendre avec force le manche *a* ; la partie embrassée par la bride est instantanément tranchée. Les lignes pointées *l*, *i*, *j*, montrent les relations de la bride, de l'aiguille et du couteau, quand l'opération est finie. La malade doit être, bien entendu, couchée sur le côté gauche et l'opération exécutée sans traction sur l'utérus. La plaie sera recouverte avec la membrane muqueuse, de la manière décrite et figurée plus haut page 212. Il y a toujours quelque resserrement de l'orifice externe après toutes les amputations du col. Il vaut mieux, en général, laisser les choses suivre leur cours, et, deux ou trois mois après, ouvrir par incision l'orifice ainsi que le col, et les traiter absolument comme nous le ferions dans toutes les circonstances ordinaires qui réclament une pareille opération. Si nous cherchons à tenir l'orifice normalement ouvert, nous courrons le risque de contrarier la guérison de la plaie, et si nous avons recours à l'incision, trop tôt après l'amputation, c'est-à-dire immédiatement après le flux menstruel suivant, il pourra se faire que dans nos manipulations, nous détruisions les adhérences encore récentes et peu solides qui existent entre la muqueuse vaginale et la surface de la plaie. Cet accident m'est arrivé ; c'est pour cela que je veux avertir mes confrères.

L'induration du col coïncide si souvent avec la stéri-

lité, qu'il est bon d'en parler à propos du volume et de la forme du col. Elle peut être naturelle ou acquise : naturelle, lorsque le col présente une apparence un peu cartilagineuse, comme dans un cas de dysménorrhée plus d'une fois compliqué par la présence d'un petit fibroïde dans la paroi antérieure de l'utérus; acquise, lorsqu'on la rencontre à la suite d'une inflammation chronique du col, dans laquelle l'état granuleux a disparu après un très-long temps et peut-être un long traitement. Bien que je n'aie point de traitement spécifique à indiquer, j'y attache cependant une grande importance, plus particulièrement s'il peut exercer de l'influence sur le volume, la forme et les relations de l'orifice et du col. S'il existe dans le col un dépôt de tissu fibreux, conséquence du processus inflammatoire, je ne connais aucun moyen de provoquer son absorption, et je ne m'en occupe qu'accidentellement, parce que mon attention se concentre sur les moyens de corriger les conditions anatomiques et mécaniques que j'ai déjà discutées. Je sais que beaucoup de médecins donnent des altérants, des absorbants et des remèdes constitutionnels généraux, et font toutes sortes d'applications locales; qu'ils réduisent le col au moyen de la potasse caustique; mais l'induration persiste quand même, et je préfère l'amputation immédiate à toutes ces mesures lentes et incertaines. On suppose que l'écoulement produit par le caustique assouplit les parties; je n'ai pas vu qu'il en fût ainsi, bien que j'em-

ployasse souvent ce puissant agent, il y a quelques années. Je dois dire, cependant, que le traitement iodé du professeur Fletwood Churchill m'a donné de meilleurs résultats qu'aucun autre médicament, mais je lui reproche sa lenteur, et le docteur Churchill m'assure que si j'ai échoué avec ce remède, c'est que je n'ai pas persévéré assez longtemps dans son emploi. Je demande au lecteur qui désire des renseignements plus détaillés sur ce sujet, la permission de le renvoyer à l'ouvrage savant et classique que M. Churchill a publié sur les maladies des femmes.

Le docteur Barnes a récemment (7 juin 1865) présenté à la Société obstétricale de Londres, un mémoire dans lequel il discute avec beaucoup d'habileté l'influence qu'exerce la conicité du col sur la stérilité. La note suivante (1) est extraite du rapport du secrétaire, M. Meadows :

« Le docteur Barnes a décrit et figuré une forme de col utérin qui se projetait en cône dans le vagin, ce canal paraissant se réfléchir plus près de l'orifice interne que dans l'état normal. L'orifice externe, extraordinairement petit, permettait à peine l'introduction de la sonde utérine ; c'est là qu'était le siége réel de la constriction. L'orifice interne est une ouverture naturellement étroite et que l'on trouve généra-

(1) *Lancet*, 15 juillet 1865 : « De la dysménorrhée, de la ménorrhagie, de l'ovarite et de la stérilité associées à une forme particulière du col utérin, et du traitement par division » ; par Robert Barnes, M. D.

lement normale dans les cas de dysménorrhée et de stérilité. Il est par conséquent inutile de le diviser; de plus, il est dangereux de le faire à cause de la proximité des gros vaisseaux et des plexus qui pénètrent l'utérus dans son voisinage. Discutant la question de traitement, le docteur Barnes démontre que la dilatation est peu satisfaisante ; que l'incision de l'orifice interne, telle qu'elle est pratiquée au moyen du bistouri caché simple du docteur Simpson, et au moyen du bistouri caché double du docteur Greenhalgh, est dangereuse et superflue. Il reproche à ce dernier instrument de couper à la façon d'une machine automatique, qui ne laisse rien à faire au jugement de l'opérateur.

» L'instrument du docteur Barnes, construit comme une paire de ciseaux, agit d'après le même principe que celui du docteur Sims ; il incise seulement l'orifice externe, de manière à ouvrir la cavité du col, après avoir saisi entre les deux lames la partie qu'on se propose de diviser.

» L'opération est exempte de tous dangers ; l'hémorrhagie est ordinairement légère, et l'on obtient une ouverture convenable. Le docteur Barnes a fait l'opération plusieurs fois, à l'hôpital et dans sa pratique privée ; les résultats ont toujours été satisfaisants. Un avantage de l'incision sur la dilatation, c'est qu'elle remédie à l'engorgement et à l'inflammation. »

L'admirable mémoire du docteur Barnes donna nais-

sance à une longue discussion. Ce dernier et le docteur Baker Brown, seuls, parmi tous les orateurs, soutinrent les mêmes vues que moi, au sujet de la rareté relative de l'étroitesse de l'orifice interne comparée à celle de l'orifice externe.

CHAPITRE V.

IL FAUT QUE L'UTÉRUS SOIT DANS UNE POSITION NORMALE, C'EST-A-DIRE NI EN ANTÉVERSION NI EN RÉTROVERSION TRÈS-PRONONCÉE.

Avant de traiter des déplacements de l'utérus, fixons d'abord dans notre esprit l'idée exacte de sa position normale et de ses relations. Ne voulant pas écrire une page qui ne soit nécessaire, j'éviterai, comme je l'ai fait jusqu'ici, tout détail anatomique et histologique mieux enseigné dans nos livres classiques. Je dirai cependant que quelques-unes des contradictions qu'on rencontre dans les auteurs peuvent être conciliées, en se rappelant que l'un décrit l'état des organes sur le vivant, et l'autre sur le cadavre. Ainsi, l'un nous apprend que l'utérus a deux pouces et demi de profondeur environ, tandis que l'autre nous dit qu'il en a moins. Tous deux ont raison ; car l'utérus, organe érectile, plein de sang, est plus large et plus long sur le vivant que sur le cadavre. La science de l'un est acquise dans la clinique ; celle de l'autre, dans la salle de dissection.

Je ne connais pas de planches anatomiques qui

représentent correctement la position et les relations des organes pelviens. Bien que l'artiste n'ait pas réussi parfaitement dans la gravure ci-jointe (fig. 89), elle se

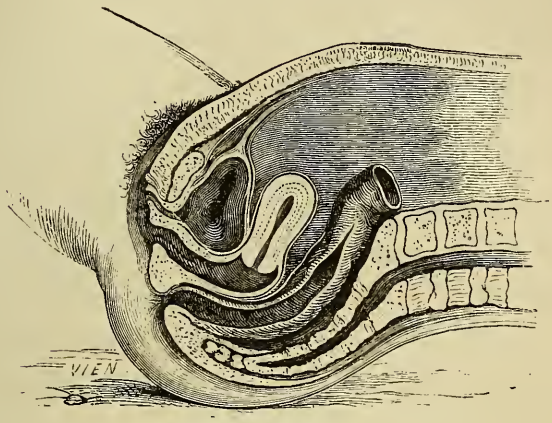

Fig. 89.

rapproche cependant assez de la vérité pour donner une idée générale et juste de ce dont il s'agit.

Je me suis donné beaucoup de peine pour me procurer une esquisse correcte d'une section verticale des os pelviens, telle qu'on la voit ici. J'ai pour cela des obligations particulières à M. Péan (de Paris), prosecteur des hôpitaux, qui me donna toutes sortes de facilités à Clamart, dans ses collections et dans son amphithéâtre ; je ne saurais oublier non plus les services que m'a rendus mon jeune et habile ami Edward Souchon, de la Nouvelle-Orléans (Louisiane), en faisant pour moi de nombreuses dissections, qui furent photographiées et dont M. Vien s'est servi pour la gravure.

L'utérus, dans l'état normal, occupe, à très-peu près, le centre du bassin, peut-être est-il un peu plus rapproché du sacrum que du pubis. Son grand axe serait presque à angle droit avec celui du vagin, son fond tourné dans la direction de l'ombilic, et le museau de tanche vers l'extrémité du coccyx. Le fond peut être incliné d'un côté ou de l'autre, sans que la position en soit nécessairement anormale. L'état de la vessie et du rectum, ainsi que les matières qui s'y trouvent contenues, peuvent temporairement et dans une certaine limite exercer quelque influence sur lui. S'il se porte en avant ou en arrière de 25 ou 30 degrés, il n'est pas pour cela dans une mauvaise condition; mais, s'il va jusqu'à 40 degrés dans l'une ou l'autre direction, sans revenir bientôt à sa place, la position est anormale et elle s'aggrave naturellement, jusqu'à ce qu'elle devienne persistante. Un coup d'œil jeté sur la figure nous fera voir que si l'utérus s'abaisse en arrière sur une ligne dirigée de l'orifice au promontoire du sacrum, il décrira un angle de 45 degrés, et présentera sa surface la plus large à la pression des viscères qui reposent au-dessus de lui, ce qui le forcera dans la suite à s'abaisser de plus en plus. S'il se porte en avant dans la même proportion, une puissance semblable agissant sur sa surface postérieure accroîtra cette tendance anormale. Mais jamais une antéversion ne se développe relativement autant qu'une rétroversion, uniquement parce qu'elle rencontre plus de résistance. L'antéversion s'ar-

rête souvent à 45 degrés, mais elle peut aller à 90 degrés, comme dans un renversement complet, où l'organe tout entier repose à plat sur la paroi antérieure du vagin, et lui devient parallèle ; tandis qu'une rétroversion ne s'arrête jamais, rarement du moins, sous un angle de 90 degrés, et va souvent jusqu'à 135 degrés, simplement parce que, de ce côté, il y a moins d'obstacle à l'abaissement de l'organe.

Il suit de là que si le fond de l'utérus repose constamment derrière la symphyse pubienne ou à proximité, il y a antéversion ; tandis que, s'il se tient avec persistance derrière le promontoire du sacrum, il y a rétroversion. Lorsque le corps de l'utérus se porte en avant ou en arrière, bien que son orifice reste dans une relation à peu près normale avec le vagin, il y a nécessairement courbure du col sur un point compris entre l'orifice externe et l'orifice interne ; c'est là ce que nous appelons *flexion*. Presque tous les renversements, mais non pas tous, deviennent des flexions ; de sorte que, en règle générale, ce ne sont que des périodes ou des degrés différents du même état. Je n'ai donc pas pensé qu'il y eût une importance pratique à dire que, sur tant d'antéversions et de rétroversions, il y avait telle proportion de flexions ; et cela parce que ces distinctions ne modifieraient en rien les principes généraux du traitement.

Il fut un temps, et ce temps n'est pas encore bien loin, où le diagnostic des déplacements utérins était

accompagné de grandes difficultés, mais aujourd'hui rien n'est plus aisé. Anciennement, toutes les maladies utérines étaient connues sous le nom de prolapsus, terme employé d'une façon si vague qu'il devrait être banni de la technologie utérine ; car dans ce pays il est appliqué à une descente de l'organe par l'orifice de la vulve, tandis que dans le mien il est souvent appliqué à ses diverses déviations intrapelviennes. Une femme avait-elle un petit ténesme vésical avec un sentiment constant de pesanteur et d'abaissement dans le bassin, c'était un prolapsus ; nous savons très-bien aujourd'hui que ces symptômes peuvent n'être qu'un signe d'engorgement, ou d'érosion granulaire de l'orifice, sans qu'il existe le moindre déplacement de l'organe.

Or, pour être précis, il faut que le déplacement soit déterminé avec exactitude, et qu'on y applique le terme qui exprime rigoureusement sa déviation de la position normale. Si nous employons le mot rétroversion, naturellement tout le monde le comprendra, parce que sa signification est définie. Si nous disons antéversion, pour la même raison, il ne pourra certainement y avoir aucune méprise. Si nous disons renversement antéro-latéral, l'expression indiquera également bien la position, pourvu que nous ajoutions les adjectifs qualificatifs droit ou gauche, selon le cas. Par le mot procidence, nous entendons que le col de l'utérus a dépassé l'orifice du vagin dans une mesure plus ou moins

grande ; mais si nous disons qu'il y a prolapsus, nous masquons l'état réel de l'utérus sous une généralité vague. J'emploie donc les termes antéversion et rétroversion pour désigner les déviations du corps de l'utérus de sa position normale, tant qu'elles ont lieu dans la cavité pelvienne, et le terme procidence pour désigner sa sortie du bassin par l'orifice du vagin.

Les antéversions sont souvent dues à un développement accidentel de la paroi antérieure ; les rétroversions ont lieu fréquemment par suite de débilité ou de relâchement des ligaments qui soutiennent l'utérus. Dans ces deux affections, on trouve une hypertrophie de la partie du corps qui est le plus abaissée. Dans la première (l'antéversion), l'augmentation de volume détermine fréquemment la déviation ; dans la seconde, (la rétroversion) l'hypertrophie est le plus souvent la conséquence du déplacement.

Quand on songe qu'un mariage sur huit, à peu près, est frappé de stérilité, on sent la nécessité de rechercher toutes les particularités qui peuvent servir à l'élucidation de cette importante matière. Au commencement de cet ouvrage (page 2), j'ai dit que j'avais, pour des raisons évidentes, divisé mes malades stériles en deux catégories, selon qu'elles étaient atteintes de stérilité naturelle, ou de stérilité acquise. Le tableau suivant fait voir, au premier coup d'œil, quelle influence de simples déplacements de l'utérus doivent

exercer sur la stérilité, dans chacune de ces catégories.

	Nombre des cas.	Antéversions	Rétroversions.	Total des déplacements
1re catégorie.	250	103	68	171
2e catégorie.	255	61	111	172
	505	164	179	343

Ainsi nous voyons que, sur 250 femmes mariées, qui n'avaient jamais eu d'enfants, 103 étaient atteintes d'antéversion et 68 de rétroversion, tandis que, sur 255 qui avaient eu des enfants, mais qui pour une raison quelconque avaient cessé de concevoir avant la période terminale de la fécondité, 61 étaient atteintes d'antéversion et 111 de rétroversion, la somme totale de chaque catégorie étant presque exactement la même relativement au nombre observé, c'est-à-dire environ les deux tiers de la totalité. Nous concluons de là que, si le déplacement exerce une influence fâcheuse sur la conception dans une catégorie, il est d'une importance non moins fâcheuse dans l'autre. La position de l'utérus est ici établie sans remonter aux causes ou aux complications. J'ai à dessein évité de dire combien de ces cas étaient accompagnés de granulations, d'engorgements, d'hypertrophies, de fibroïdes, de kystes ovariens, ou autres complications. Le tableau montre : que les deux tiers des femmes stériles sont atteintes d'une des formes du déplacement utérin, sans égard à la cause particulière qui l'a produite, et que les antéversions et les rétroversions, dans les deux catégories, sont en pro-

portion inverse : les antéversions, dans la première, étant presque égales aux rétroversions dans la seconde, et les rétroversions de la première à peu près les mêmes que les antéversions de la seconde.

Sans pousser plus loin ces remarques générales, considérons tour à tour ces diverses formes de déplacements. Je n'ai pas pensé qu'il valût la peine de faire un paragraphe distinct pour les flexions antéro-latérales. Elles ne forment qu'une petite classe, et elles sont presque toujours secondaires et le résultat de quelque autre affection.

Antéversion. — D'après le tableau précédent, près d'un tiers des femmes stériles sont atteintes d'antéversion. Dans la stérilité naturelle, la proportion est de 1 sur 2,42 ; dans la stérilité acquise, elle est de 1 sur 4,18, c'est-à-dire que la stérilité est près de deux fois plus fréquente dans le premier cas que dans le second.

Il serait à propos d'exposer ici les règles de diagnostic relatives à cette forme particulière de déplacement ; mais, comme déjà les principes en ont été amplement établis, soit qu'on emploie la palpation bimanuelle, soit qu'on fasse usage de la sonde (voyez pages 11 et 12, et de 117 à 121), il n'est pas nécessaire de les répéter ici. Je dirai seulement qu'on ne doit jamais sonder la cavité utérine, si l'on ne s'est auparavant assuré par le toucher de sa direction probable ; car la sonde doit être courbe ou non, selon la courbure soupçonnée du canal cervical.

L'antéversion peut dépendre de causes variées. Quelquefois l'utérus semble être incliné sur son axe, par suite d'une élongation anormale de l'organe. Supposons, par exemple, que la sonde pénètre de trois pouces et demi dans la cavité de l'utérus, nous dirons alors qu'il est au moins d'un pouce trop long. Cela doit dépendre d'une de ces trois causes : élongation de la partie intra-vaginale du col; élongation de la partie supra-vaginale; hypertrophie du fond. Si l'antéversion doit être attribuée à la première cause, le toucher, la vue, le mesurage exact, la détermineront immédiatement; y a-t-il élongation de la partie vaginale, la palpation bimanuelle révélera un col long, délicat, grêle, flexible; a-t-on affaire à une hypertrophie, on pourra la juger et la mesurer par le toucher seul, pourvu qu'on fasse l'application des principes de diagnostic déjà mentionnés.

Quelquefois on trouve l'utérus peu développé, beaucoup trop petit, et n'ayant souvent qu'un pouce et demi de profondeur; d'autres fois il n'est pas extraordinaire de le trouver trop développé, en même temps que la partie supra-vaginale du col est longue et grêle; dans ce cas, le fond doit nécessairement tomber d'un côté ou de l'autre, le plus souvent en avant, et produire une antéversion ou une flexion.

D'autres fois encore l'antéversion semble être le résultat d'un raccourcissement des ligaments sacro-utérins, ou bien ces ligaments se raccourcissent par suite

d'une position vicieuse longtemps continuée. Rien n'est plus commun, dans les rétroversions anciennes, que de voir la paroi antérieure du vagin raccourcie à la suite d'une mauvaise position de date ancienne; et, dans ce cas, cet état présente souvent un obstacle formidable à la rectification permanente du déplacement. Il est, de même, présumable que les ligaments sacro-utérins, s'ils ne sont point congénitalement trop courts, peuvent se raccourcir par une inaction prolongée, comme les ligaments ronds peuvent se relâcher et s'allonger par le fait d'un déplacement durable.

Quoi qu'il en soit, on rencontre parfois des antéversions qui présentent de grandes difficultés, et où l'on éprouve beaucoup de peine à ramener le museau de tanche en avant. Dans ces cas, le vagin est long et étroit, et le col utérin, au lieu d'être dirigé vers l'extrémité du coccyx, est tourné en arrière et regarde le sacrum.

Maintenant, si nous faisons pénétrer un ténaculum dans la lèvre antérieure du museau de tanche et que le poussant vers l'urèthre, nous sentions une résistance opiniâtre à la traction, cela s'expliquera par l'une de ces deux hypothèses : ou le fond de l'utérus est fixé antérieurement par des adhérences, ou le col est retenu postérieurement par les ligaments sacro-utérins raccourcis. Dans le premier cas, qui est très-rare, il sera impossible de relever le fond et de lui rendre sa position normale par la méthode habituelle, qui consiste à porter le cul-de-sac antérieur du vagin derrière la face

interne du pubis avec l'index de la main gauche, tandis que le fond est poussé en arrière par l'autre main agissant sur lui dans l'hypogastre, à travers les parois de l'abdomen ; mais si les choses sont dues à la seconde hypothèse, alors, en introduisant l'index dans le rectum, ou même en le dirigeant vers le cul-de-sac postérieur du vagin, en même temps qu'on abaisse le col à l'aide du ténaculum, on sentira les ligaments sacro-utérins roides et résistants comme deux cordes de guitare bien tendues. Ces cas, je l'avoue, ne sont pas très-communs ; mais leur rareté rend encore plus grande l'importance qu'il peut y avoir à les reconnaître, quand on les rencontre.

Une des causes les plus communes de l'antéversion est la présence d'un petit fibroïde dans la paroi antérieure du corps utérin, comme on le voit dans la

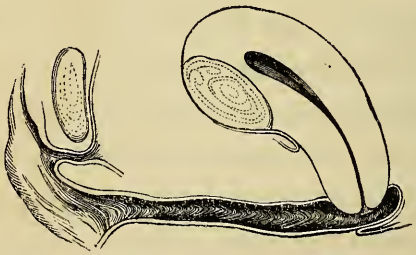

Fig. 90.

figure 90. Il est très-intéressant d'observer l'influence qu'exercent ces tumeurs dans la production des divers déplacements de l'utérus. Si un fibroïde, pas plus gros

qu'une noix, est fixé d'une manière quelconque à la paroi postérieure de l'utérus, au-dessus du niveau de son orifice interne, il tire presque invariablement cet organe en arrière et produit la rétroversion ; mais si une tumeur d'égale grosseur est fixée à la paroi postérieure de l'utérus au-dessous du niveau de son orifice interne, qu'elle soit pédiculée ou non, elle poussera presque invariablement le fond en avant, et produira l'antéversion. En d'autres termes, une petite tumeur développée dans la partie postérieure du corps de l'utérus, produira la rétroversion, tandis qu'une tumeur de même volume, développée à la partie postérieure du col, produira l'antéversion ; et, *vice versâ*, une petite tumeur de la paroi antérieure du corps de l'utérus porte cet organe en avant ; mais si elle se développe antérieurement au-dessous du niveau de l'orifice interne, elle le rejette invariablement en arrière. Les raisons en sont tout anatomiques et de la dernière évidence. Admettons que la figure 91 représente l'utérus dans ses relations normales avec l'axe du vagin. Une petite tumeur de la paroi postérieure, à l'endroi *a*, entraînera, comme on l'a dit, l'utérus en arrière ; mais une tumeur d'égale

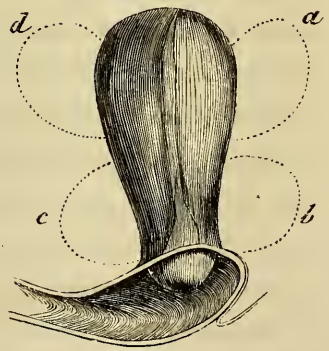

Fig. 91.

grosseur fixée en bas du col, à l'endroit *b*, le rejettera aussi invariablement en avant. Dans le premier cas, l'utérus obéit aux lois de gravitation, en vertu desquelles un poids additionnel appliqué sur un côté du fond doit l'attirer dans la direction de cette force; tandis que, dans le second exemple, la tumeur trouve un point d'appui dans les ligaments sacro-utérins, le rectum et le cul-de-sac du vagin, qui s'opposent à la pression qu'elle exerce de haut en bas; de sorte que, à mesure que la tumeur se développe, elle pousse graduellement le fond en avant.

Pour les mêmes raisons, une tumeur placée antérieurement, en *d*, entraîne naturellement l'utérus en avant, tandis qu'une tumeur placée en *c* le pousse invariablement en arrière, parce qu'elle trouve un point de résistance dans les parois de la vessie. Une autre raison de cette loi curieuse du déplacement survenant comme conséquence de petites excroissances sur la partie supra-vaginale du col se trouve dans le fait que la tumeur agit à la façon d'une éclisse appliquée sur la paroi du col naturellement grêle et flexible. Ces règles sont applicables à de petites tumeurs seulement, et toutes les tumeurs ont été petites au commencement. Lorsqu'elles deviennent assez volumineuses pour reposer sur la surface du vagin, elles élèvent ou dépriment le corps de l'utérus bien plus par leur volume et leurs relations avec la cavité pelvienne que par la place qu'elles occupent accidentellement.

Dans plusieurs cas où j'ai vu le col incurvé antérieurement, la courbure semblait être produite par une excroissance amorphe développée à sa surface postérieure. La position relative et les contours de cette projection anormale sont représentés dans la figure 92, en *a*. Je ne sais quel nom lui donner; ce n'est pas une tumeur fibreuse. Au toucher elle a une apparence fibro-cartilagineuse : je crois en avoir vu une douzaine de cas. Elle affecte très-uniformément la figure ici représentée, et elle se dirige toujours en bas, en se projetant presque constamment, comme on peut le voir, un peu au-dessous de l'insertion du vagin. Je n'ai jamais trouvé d'excroissance pareille sur aucune autre partie de l'utérus. Je l'ai rencontré deux fois sans qu'il y eût aucune incurvation du col. Les femmes qui les portaient étaient stériles; toutes les deux eurent le col incisé; l'une conçut quatre mois après, l'autre huit. Toutes deux avaient eu une métro-péritonite quelque temps avant que je les visse; aussi est-il permis d'inférer de ces deux cas que cette excroissance pourrait bien être le produit de l'action inflammatoire et qu'elle n'est point, par elle-même, incompatible avec la conception et la gestation. Dans les autres exemples, je ne saurais faire remonter son origine à aucune cause prédisposante. La première fois que cette excroissance anormale se présenta à mon observation

Fig. 92.

c'était à l'Hôpital des Femmes, en 1856, chez une jeune Irlandaise dont les menstrues étaient difficiles, par suite de la courbure et de l'étroitesse du canal cervical. Le docteur Emmet et moi l'appelâmes *crête de coq*, dénomination qui nous fut suggérée par la forme de l'excroissance, par sa mobilité, par son apparence cartilagineuse, et par la manière dont elle est attachée à l'utérus.

Elle repose sur le col de la matrice par une attache sessile de plus d'un demi-pouce de largeur, et elle s'amincit en cône à mesure qu'elle descend. On peut la diagnostiquer avec la plus grande facilité par la palpation bimanuelle. Cette affection n'est pas décrite dans les livres, mais je ne doute que d'autres ne la trouvent là où ils n'ont encore soupçonné rien de pareil; et l'esprit du praticien une fois dirigé de ce ce côté, je ne doute pas non plus qu'on ne puisse, un jour ou l'autre, nous en donner la description pathologique d'après son examen sur le cadavre.

Mais revenons aux antéversions. Elles peuvent être produites par d'autres causes. On voit souvent un engorgement granuleux de la lèvre antérieure, accompagné d'une hypertrophie correspondante de la paroi antérieure de l'utérus; alors il y a toujours antéversion. Quelques médecins pensent que ces états morbides correspondants du col et du corps de l'organe dans leur partie antérieure sont pathologiquement une seule et même chose; mais on voit souvent l'engorgement de

l'orifice et du col guérir complétement, sans que la moindre modification se soit produite sur l'hypertrophie de la paroi antérieure, ou sur la position relative du fond de la matrice.

Cet organe est parfois retenu par des adhérences ligamenteuses, résultat probable de quelque ancienne péritonite. Ces cas sont comparativement rares; mais leur existence est bien démontrée par l'observation sur le vivant et par l'examen après la mort. Ces sortes d'adhérences ligamenteuses sont plus fréquentes dans les rétroversions que dans les antéversions.

D'ordinaire on ne peut rien faire pour remédier aux déplacements qui sont dus à des adhérences, et, par conséquent, ils ne réclament aucune intervention, car ces liens soutiennent naturellement l'utérus dans ses relations abdominales, et le protégent contre la pression des viscères qui lui sont superposés, et qui, sans cela, le forceraient à s'abaisser de plus en plus dans la cavité du bassin. Les malades chez lesquelles j'ai trouvé l'utérus retenu par des adhérences, se plaignaient peu ou même point du tout des symptômes qui accompagnent communément ce genre de déplacement.

Quant à ce qui regarde le traitement de la stérilité dans sa connexion avec l'antéversion, je crains que tous nos efforts ne doivent se borner presque entièrement à voir si le museau de tanche est suffisamment ouvert, si le col est de forme et de grandeur conve-

nables, et si les sécrétions du vagin et du col sont appropriées à la viabilité des spermatozoaires.

L'introduction dans la pratique de la sonde utérine de Simpson constitue une ère nouvelle dans la chirurgie obstétricale. Auparavant nous n'en savions pas plus sur le redressement des déplacements, que nous n'en savions sur leur diagnostic. Cette sonde était, comme elle l'est encore, employée pour redresser les déplacements par rétroversion, et cela avec étalage de beaucoup de science et de précision, sinon d'adresse et de succès; mais sans qu'il en fût de même dans les cas d'antéversion. Comme simple sonde, elle est, ainsi que je l'ai déjà dit, d'une grande valeur, quoique la pratique du toucher ait rarement besoin de son secours; mais, employée comme redresseur, elle peut faire beaucoup de mal, et l'on ne devrait jamais l'appliquer à cet usage; j'ajoute même qu'en l'employant comme sonde et simplement pour déterminer la direction, la courbure et la profondeur exacte de la cavité utérine, elle n'est pas exempte de dangers.

Dans l'antéversion, je m'en sers rarement avec le décubitus dorsal; je mets plutôt la patiente sur le côté gauche, à moitié pliée comme pour toutes les opérations utérines. Lorsque le col est amené en vue, je l'attire doucement en avant à l'aide d'un ténaculum (fig. 14 et 53), puis la sonde (fig. 40) étant huilée et plus ou moins recourbée suivant la courbure soupçonnée ou déjà constatée du canal, je l'introduis avec beaucoup

de précaution. Aussitôt qu'elle a franchi l'orifice interne, elle arrive au fond, presque par son propre poids; il suffit d'élever le manche de l'instrument du côté du sacrum. On ne fait jamais de mal, on ne cause même jamais de souffrance, si l'on proportionne la grosseur et la courbure de la sonde aux particularités du cas individuel. Il se peut quelquefois qu'on n'ait pas besoin d'en avoir une plus forte que celle qui est représentée dans la figure 93; et s'il s'agit d'antéflexions complètes, telles que celles qu'on voit dans les figures 41 et 60, il est nécessaire de la recourber tout autant qu'elle l'est ici.

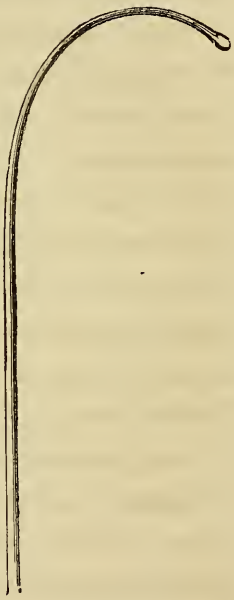

Fig. 93.

L'application du ténaculum sur la lèvre antérieure de l'orifice du col facilite beaucoup l'usage de la sonde dans les cas difficiles, en fixant l'utérus et en redressant la courbure du canal. Je suis certain qu'on a fait beaucoup de mal avec la sonde, soit en l'employant trop grosse, soit en la choisissant trop droite, ou présentant toujours la même courbure comme dans la figure 39, soit enfin en procédant avec trop de force. Je répéterai encore que nous ne devons jamais oublier que cet instrument n'est qu'une sonde, et que nous devons le manier aussi délicate-

ment que nous le ferions d'une sonde pour tout autre usage chirurgical.

Tandis que nous acceptons l'instrument comme sonde, nous devons le rejeter entièrement comme redresseur. Au point de vue du diagnostic, il a une valeur ; au point de vue du traitement il est dangereux. Pendant la savante discussion soutenue à l'Académie française de médecine, il y a quelques années, sur l'usage et l'abus de cet instrument, il fut pleinement établi qu'il a, peut-être plus d'une fois, été poussé à travers le fond de l'utérus, et que la mort est résultée de cette maladresse. Cela ne peut être arrivé que par l'usage violent qu'on en aura fait, comme agent de redressement. C'est faire preuve de raisonnement que d'en justifier l'usage dans la rétroversion ; mais je ne puis comprendre qu'il ait été employé pour remettre en place un utérus antéversé. J'ai vu cependant des malades, atteintes d'antéversion, qui avaient été pendant des mois, et presque tous les jours, assujetties à l'introduction de la sonde, sans le moindre avantage, je n'ai pas besoin de le dire.

Remettre en place, de cette manière ou de toute autre, un utérus renversé en avant, dans l'attente que, par ce seul moyen, il restera dans une position normale, c'est faire une chose parfaitement inutile, car il revient invariablement dans sa position anormale, dès que l'agent qui l'avait replacé est écarté.

Pour réduire une antéversion, nous n'avons besoin

d'aucun instrument. La manière de procéder est assez simple, et la chose se fait plus aisément et mieux par l'usage des mains.

La vessie étant vidée et la patiente mise sur le dos, on introduit l'index gauche (voy. fig. 1) au fond du cul-de-sac antérieur; on opère une pression à l'extérieur avec l'autre main pour s'assurer que l'utérus est renversé en avant; puis on cesse la pression extérieure, et, avec l'index qui reste toujours un peu en avant du col, on élève le museau de tanche dans la direction du pubis, en remontant la paroi antérieure du vagin au point occupé par l'index, derrière la face interne de la symphyse. Cette pression, amenant le col en avant et le remontant, fait sortir le fond de l'utérus de la place qu'il occupait derrière le pubis et le relève légèrement; — on abaisse ensuite le bout des doigts de la main droite placée à l'extérieur, et on les fait pénétrer dans l'hypogastre très-près et en arrière du pubis, de façon que les doigts des deux mains sentent qu'il n'y a rien entre eux que les minces parois de l'abdomen et les parois plus minces encore du vagin et de la vessie. Pendant que la main droite est ainsi fermement maintenue, à la place même occupée par le fond de l'utérus, on glisse vivement l'index gauche, du cul-de-sac antérieur du vagin vers le postérieur que l'on pousse en avant jusqu'à ce que le doigt soit venu se loger en arrière du col; on l'élève ensuite, pour ainsi dire, à la hauteur du bout des doigts de la main droite.

avec lesquels on presse le fond, et l'on renverse tout l'organe en arrière, en le soutenant presque en contact avec les parois abdominales.

De cette façon on peut non-seulement redresser l'organe, mais encore manier chaque partie de la surface externe de l'utérus, le fond et le corps, avant d'essayer de le remettre en place (fig. 1); le reste s'accomplit par la manœuvre que je viens de décrire.

Tout cela se fait ordinairement avec assez de facilité, même chez les femmes très-grasses, parce que la nature laisse, entre le tissu graisseux déposé dans les parois abdominales et le mont de Vénus, un sillon dans lequel la main placée à l'extérieur peut descendre derrière le pubis. Il n'y a de difficultés qu'avec les femmes délicates, nerveuses et hystériques, sujettes au spasme involontaire des parois du bas-ventre, ou chez celles dont le col de l'utérus est fortement retenu par les ligaments sacro-utérins raccourcis.

C'est en passant ainsi l'index gauche derrière le col de l'utérus, pour tirer tout l'organe directement en avant, presque contre la face interne du pubis, et en poussant derrière l'utérus le bout des doigts de la main placée à l'extérieur, qu'on peut diagnostiquer avec la plus grande précision les tumeurs fibroïdes, sessiles ou pédiculées, et ces excroissances dont on voit une figure, planche 92. Il y a deux jours qu'un ami, haut placé dans la profession médicale, me demandait mon avis au sujet d'un fibroïde qu'il soupçonnait exister dans la

paroi postérieure de l'utérus. Il hésitait à l'attaquer ou par la cavité de l'utérus ou par le cul-de-sac du vagin. J'ai pu dire en un instant, en m'aidant de la palpation bimanuelle seule, que la tumeur, presque aussi volumineuse qu'une tête de fœtus à terme, était pédiculée, et que le pédicule, ayant environ un pouce de longueur et trois quarts de pouce d'épaisseur, était attaché à la

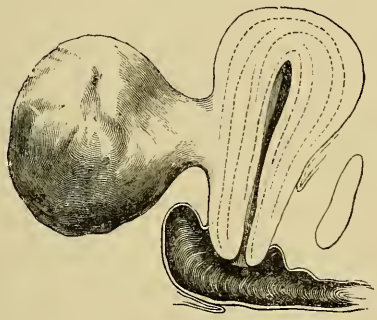

Fig. 94.

face postérieure de l'utérus, au point à peu près intermédiaire entre son fond et l'insertion du vagin. Il n'est pas nécessaire d'insister sur les particularités de ce cas, si ce n'est que, dans l'espace de quelques minutes, mon ami fut parfaitement convaincu de l'exactitude du diagnostic.

Mais revenons à notre sujet. En ce qui concerne le traitement mécanique de l'antéversion, je ne connais qu'un instrument qui ait le pouvoir de rectifier la position d'une manière parfaite et instantanée : c'est la tige intra-utérine (avec disque) du docteur Simpson.

Mais malheureusement, cet instrument offre de grands dangers, et je ne connais, dans mon pays, que trois praticiens qui n'aient pas, après des essais répétés, absolument renoncé à s'en servir. Ce sont les professeurs Peaslee et Conant, de New-York City, et le professeur Mack, de Buffalo.

Le docteur Emmet et moi avions, depuis longtemps, rejeté son emploi, à cause des accidents fréquents qui en résultent, tels que l'hémorrhagie, la métrite et l'inflammation du tissu cellulaire pelvien. Quelquefois un petit anneau de gutta-percha de Meigs pourra procurer du soulagement, non pas tant en rectifiant la position qu'en élevant légèrement l'organe dans le bassin et en diminuant la pression qu'il exerce sur la vessie ; d'autres fois, aussi, on obtient un soulagement marqué en faisant usage d'un petit pessaire globeux, particulièrement si l'on peut le maintenir exactement en avant du col de l'utérus. Dans ce but, il m'est arrivé de fixer au corps globuleux une tige qui se projette à l'extérieur et vient se recourber par-dessus le pubis, afin d'empêcher que l'instrument ne descende dans le cul-de-sac postérieur.

La figure 95 représente une forme très-commune d'antéversion. Si l'on introduit un pessaire globeux d'un pouce un quart de diamètre, il passera communément au fond du vagin, au point *a*, se posera là sous le col, qu'il élèvera, tandis que le fond sera poussé plutôt en avant qu'en arrière, ce qui ne manquera pas d'ag-

graver l'antéversion. Mais si l'on adapte au pessaire globuleux une tige malléable, et qu'on la recourbe extérieurement à la longueur convenable pour empêcher la pelote d'aller au delà du cul-de-sac antérieur, l'instrument tend, par la pression qu'il exerce sur la paroi antérieure du vagin, au point *b*, à refouler le fond de l'utérus par en haut et à lui faire prendre une direction normale. On conçoit facilement son action, en poussant fortement en haut, et derrière la symphyse pubienne, le doigt indicateur, qui relève aisément l'organe rétroversé.

Fig. 95.

Il faut avoir soin que le pessaire ne soit pas trop volumineux; car, autrement, sa pression renverserait l'utérus en arrière, comme le ferait une tumeur développée sur la partie antérieure du col.

Mais tous les instruments à projection extérieure fatiguent et irritent un système nerveux naturellement doué d'une grande sensibilité, rendu plus irritable encore par la maladie; aussi doit-on les éviter autant que possible.

Il y a peu de temps, il était d'usage d'employer une éponge armée d'un fil qui servait à la retirer; mais on peut faire à cette pratique deux objections sérieuses : premièrement, rien n'est plus dégoûtant qu'une éponge ainsi portée pendant six ou huit heures; secondement, l'éponge se gonfle toujours considérablement en absor-

bant des humeurs, et bientôt les malades sentent le besoin d'en augmenter le volume, si bien qu'elles en viennent généralement à en introduire deux au lieu d'une, et qu'après avoir contracté cette habitude, il leur paraît très-difficile de s'en séparer.

Mais ce qui vaut mieux que cela, mieux même que presque toutes les autres choses de ce genre, c'est l'application d'un petit tampon de coton, modérément comprimé, qui n'ait pas plus d'un pouce de diamètre, et qu'on emploie à sec ou humecté soit de glycérine, soit de toute autre liqueur médicamenteuse. Au lieu de se gonfler, ce tampon diminue de volume pour la pression des parties. Un pessaire de coton pur ne doit jamais être gardé plus de vingt-quatre heures : humecté de glycérine, il peut être porté deux ou trois jours, ou jusqu'à ce qu'il s'en aille spontanément. Muni d'un fil pour le retirer, on l'applique au moyen d'un porte-tampon, décrit et figuré plus loin.

Dans les cas très-graves d'antéversion, où l'organe tout entier repose à plat sur la paroi antérieure du vagin et parallèlement avec elle, on trouve souvent, et même presque toujours, le vagin d'une profondeur extraordinaire, et la paroi antérieure fort allongée. J'ai imaginé, pour ces cas, et exécuté, en 1857, un mode d'opération qui a répondu merveilleusement à mon attente.

C'était dans les circonstances suivantes. Une dame me fut envoyée par le professeur Josiah C. Nott, de

Mobile (Alabama), en décembre 1856; elle était atteinte d'une antéversion complète : le fond de l'utérus, entraîné par une tumeur fibreuse développée sur sa partie antérieure, était descendu derrière la face interne de la symphyse pubienne. La figure 96 repré-

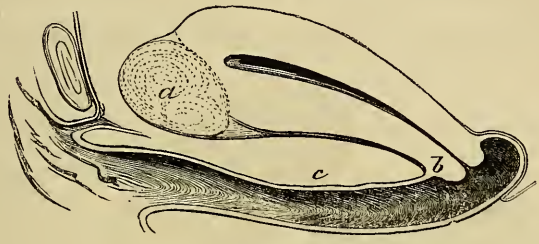

Fig. 96.

sente la position relative de l'utérus et de la tumeur *a*. Je n'ai jamais vu une antéversion plus complète. La gravure n'exagère nullement aucun des détails de ce cas. La malade avait une leucorrhée cervicale qui fut guérie en quelques semaines; mais la cystorrhée, le ténesme vésical et le vice de position, avec ses autres inconvénients, persistèrent. J'employai toutes sortes de pessaires pour remédier au déplacement, mais aucun ne réussit. Le bassin avait une grande profondeur; le vagin était large, sa paroi antérieure extraordinairement longue, et l'utérus se trouvait couché dessus, parallèlement avec elle.

Je découvris que ce déplacement pouvait être complétement rectifié, en fixant un ténaculum à la lèvre antérieure du museau de tanche et en attirant le col

vers l'urèthre. Cette traction ayant été continuée jusqu'à ce que le col fût ramené en avant d'environ un pouce et demi, le fond s'éleva dans le bassin, et prit une position presque normale, malgré le poids de la tumeur située à sa partie antérieure. Lorsque le museau de tanche fut ainsi tiré en avant, la paroi antérieure du vagin, allongée, relâchée, se replia naturellement sur

Fig. 97.

elle-même, en présentant l'apparence d'un énorme cul-de-sac antérieur, comme on le voit figure 97, *d*.

Dans ces circonstances, y avait-il rien de plus nettement indiqué qu'une opération destinée à maintenir l'utérus dans sa position où il se trouvait maintenu par le ténaculum?

L'opération consistant à raccourcir la paroi antérieure allongée du vagin, en y attachant le col de l'utérus au point *c*, devait se présenter tout naturellement à l'esprit. Elle était très-simple, et toute opération simple

réussit toujours : restait à savoir si, après avoir réussi, elle produirait du soulagement ; le temps et l'expérience peuvent seuls résoudre la question.

Deux surfaces semi-lunaires, d'un demi-pouce de large, s'étendant en travers presque sur toute la paroi antérieure du vagin, l'une en juxtaposition avec le col, et l'autre un pouce et demi ou plus au devant de lui, furent complétement dénudées de leur membrane muqueuse vaginale, comme le laisse voir la figure 98. Je les réunis alors étroitement par sept sutures d'argent, comme on le fait dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. La malade fut mise au lit, et dut porter un cathéter pendant plusieurs jours, afin qu'elle pût uriner quand elle en sentait le besoin. Au bout de dix à douze jours, les sutures ayant été retirées, la réunion des surfaces fut trouvée parfaite. J'obligeai la malade à rester couchée pendant plus d'une semaine, afin de permettre à la cicatrice de prendre assez de force pour résister à toute traction que la vessie, le rectum ou l'utérus lui-même pourraient exercer sur elle.

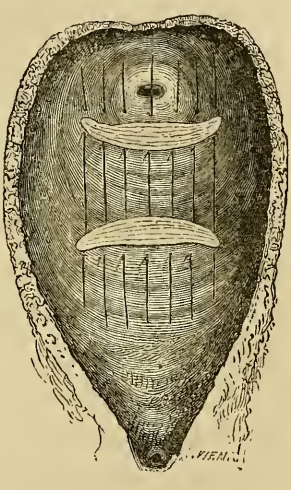

Fig. 98.

L'utérus était retenu dans sa position naturelle par la bride du tissu vaginal, comme il l'était auparavant

par le ténaculum ; et la malade eut le bonheur d'être entièrement débarrassée des souffrances symptomatiques dont elle se plaignait depuis longtemps avant l'opération.

Douze mois après, cette dame donna le jour à un fils. Je vis son mari un an après la naissance de l'enfant, et je sus de lui que sa femme jouissait d'une excellente santé, et qu'elle n'avait jamais ressenti les plus légers symptômes de son ancienne maladie. Je regrette de dire que je n'ai fait cette opération que deux autres fois, bien que j'aie rencontré plusieurs cas auxquels elle eût convenu ; mais les malades préférèrent endurer quelque mauvaise invention mécanique plutôt que de se soumettre à une opération. Comme je n'ai pas revu la personne qui fait l'objet de cette observation, depuis qu'elle est retournée chez elle, je ne puis dire quel effet le travail de l'enfantement a produit sur la cicatrice, mais je m'attendrais à la retrouver intacte.

En 1859, une jeune femme de vingt-six ans fut envoyée à l'hôpital. Elle était atteinte d'une antéversion pareille à celle que je viens de rapporter, à l'exception que le fibroïde du fond de l'utérus était beaucoup plus gros. La malade fut tantôt bien, tantôt mal pendant douze mois, et le docteur Emmet et moi épuisâmes tout ce que nous avions de connaissances en mécanique (et aussi de patience), sans obtenir le moindre soulagement.

Enfin je proposai à cette femme l'opération décrite ci-dessus, en lui disant qu'elle n'avait encore été faite

qu'une seule fois. Elle y consentit volontiers. L'opération, pratiquée en mai 1860, avec un plein succès, apporta un soulagement presque complet à toutes les souffrances de la malade. Je l'ai revue plusieurs fois depuis, la dernière en 1862, c'est-à-dire vingt-six mois après l'opération; l'utérus était resté dans le même état qu'au jour où elle avait quitté l'hôpital.

J'ai fait cette opération une troisième fois en 1860, à l'Hôpital des femmes; la patiente partit bientôt après, et, comme je ne l'ai pas revue et que je n'en ai plus entendu parler, je ne puis dire quel effet s'en est suivi; mais l'opération en elle-même eut autant de succès dans tous ses détails que dans les deux cas précédents.

Je serais mal compris si l'on croyait que je recommande cette opération comme un remède universel contre l'antéversion. On ne doit y recourir qu'autant que la paroi antérieure du vagin est extraordinairement longue, et lorsque l'utérus reposant sur elle et parallèlement à sa direction, se trouve avoir son fond exactement derrière la face interne de la symphyse pubienne.

Rétroversion. — Si l'on jette un coup d'œil sur le tableau transcrit à la page 276, on y verra qu'un tiers environ des femmes stériles sont atteintes d'antéversion provenant de cause ou autre; mais on pourra constater aussi qu'un autre tiers souffre de rétroversion; et bien que ces deux formes de déplace-

ment varient dans les deux catégories de stérilité, naturelle et acquise, les antéversions, comme je l'ai déjà dit, prédominent dans la première, tandis que les rétroversions prédominent dans la seconde.

Il y a rétroversion lorsque le fond de l'utérus est renversé en arrière sous le promontoire du sacrum, ou toutes les fois qu'il forme un angle de plus de 45 degrés avec la direction de sa position normale. Mais, comme je l'ai dit plus haut, il ne s'arrête jamais à 45 degrés, rarement à 90 degrés, et il va souvent jusqu'à 135 degrés ; ce qui fait qu'on peut le rencontrer à différents degrés. On parvient ordinairement à diagnostiquer une rétroversion par la méthode de palpation bimanuelle ; mais, s'il arrive qu'on ait des doutes, la sonde utérine nous fournit le moyen aussi sûr que facile de les éclaircir aussitôt. Que nous trouvions, par exemple, une tumeur dans la région rétro-utérine et que nous doutions si elle est constituée ou non par le fond de l'utérus, nous n'aurons qu'à introduire une sonde dans cet organe : si l'on parvient à la faire pénétrer à la profondeur de deux pouces et demi, on en conclura que cette tumeur est formée par le fond de la matrice ; mais il n'en peut pas être ainsi, si la sonde pénètre à deux pouces et demi ou plus dans quelque autre direction.

On ne peut conserver aucun doute quant à la rétroversion, car les signes physiques révélés par le toucher et la sonde sont invariables et sûrs. J'en ai déjà tant

dit sur ces deux moyens de diagnostic, qu'il n'est pas nécessaire d'insister davantage.

La figure 99 nous représente l'utérus renversé en

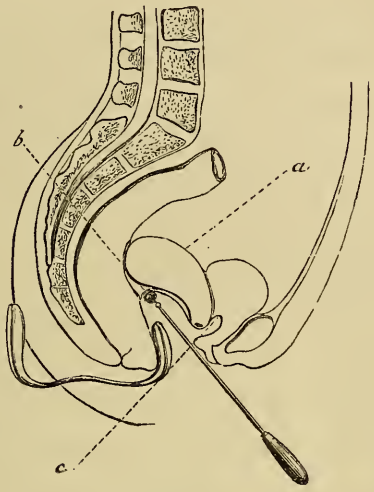

Fig. 99.

arrière, formant un angle de 90 degrés au moins avec sa position normale, telle qu'on la voit à la page 271 (fig. 89). Dans les rétroversions comme celles-ci, le ténesme vésical est ordinairement plus intense que dans les antéversions. Cela s'explique par le fait que dans les unes le col de la vessie est le siége de la pression, tandis que dans les autres, cette pression s'exerce sur son fond. La gravure représente la manière dont le col de la vessie peut être serré contre la symphyse du pubis, si l'utérus est très-hypertrophié. Ici son diamètre longitudinal n'est pas relativement augmenté.

On voit aussi que le fond de la vessie est tiré en arrière par sa connexion au col utérin, qui occupe en quelque sorte la place du *bas-fond* de la vessie.

On peut, dans plusieurs cas, réduire un utérus rétroversé, par la manipulation seule ; il suffit de pousser le col avec l'index jusqu'à ce que son orifice regarde la cavité du sacrum, et, à mesure que le fond se relève, de le saisir, avec la main placée à l'extérieur, à travers les parois de l'abdomen et de le tirer en avant. Souvent il est possible de produire ainsi une antéversion complète de l'organe. Mais cette manœuvre n'est pas toujours facile, surtout si le bassin est profond, l'utérus large, le vagin long, et la patiente chargée d'embonpoint. Il est alors nécessaire de recourir aux instruments ; les plus simples sont deux ou trois tiges armées chacune d'une éponge de la grosseur de la première phalange du pouce.

Voici comment on procède :

La patiente est placée sur le côté gauche, comme pour toutes les opérations utérines ; on introduit le spéculum ; on glisse l'une des tiges à éponge avec précaution, et on la fait entrer avec force dans le cul-de-sac postérieur, où elle doit être maintenue fermement, jusqu'à ce que le col de l'utérus ait cessé d'être en contact avec la paroi antérieure du vagin. On porte alors une seconde éponge sur la partie antérieure du col, que l'on chasse doucement en arrière vers le cul-de-sac postérieur, en même temps que l'on continue la pres-

sion à l'aide de la première éponge. Cette manière d'agir ramènera le fond de l'utérus en avant et le fera sortir de la place qu'il s'est faite dans la poche utéro-rectale.

Ainsi admettons que la figure 99 représente un utérus renversé en arrière, que le spéculum et la première éponge soient en place. La pression opérée par le porte-éponge devra être faite dans le sens de la ligne pointée *b* sous le fond de l'utérus, exactement vers la cavité du sacrum, en d'autres termes, dans la direction de l'axe propre du vagin. Le but de ceci est de relever d'abord le fond, en dirigeant le col en bas et en arrière; lorsque celui-ci a été entraîné autant que possible, la pression de la seconde éponge contre la face antérieure du col vient compléter la réduction du déplacement, pourvu toutefois qu'on ait soin d'exercer cette pression en ligne droite. Si le manche du porte-éponge est porté fortement en arrière vers le périnée ou vers la valve du spéculum, dans la direction de la ligne pointée *c*, l'éponge portera contre le col de l'utérus ou dans le cul-de-sac antérieur, et nécessairement renversera l'utérus encore plus en arrière en poussant son col en haut et en avant, au lieu de le pousser en bas et en arrière. Mais si, au contraire, la tige du porte-éponge est tenue près de l'urèthre, la pression se fera dans la direction de la ligne *b*, ce qui amènera nécessairement l'utérus à tourner sur son axe, le col prenant la position relative occupée par le fond, tandis que celui-ci

s'élève au-dessus du promontoire du sacrum. Par cette manière simple de procéder, on réussira généralement mais pas toujours, à rétablir l'utérus dans sa position naturelle.

Si ce procédé cause quelque douleur, elle sera la conséquence de la pression exercée sur la paroi postérieure hypertrophiée de l'utérus, ou sur un ovaire très-sensible descendu dans le cul-de-sac de Douglas, ou sur quelque autre chose d'anormal, ce dont il est important de s'assurer par le toucher, avant de faire aucune tentative pour opérer la réduction. Si l'on fait usage de deux porte-éponge, au lieu d'un, pour opérer la pression du cul-de-sac postérieur, on évitera la douleur; mais, au lieu de les pousser en droite ligne en passant par le centre du museau de tanche, on les croise, et l'on applique l'un au côté gauche du col, l'autre au côté droit, comme le fait voir la figure 100, *a*, *b*. Ils se croiseront naturellement sur l'urèthre ou dans son voisinage. Je les ai liés ensemble au point où ils se croisent, pour en former une machine automa-

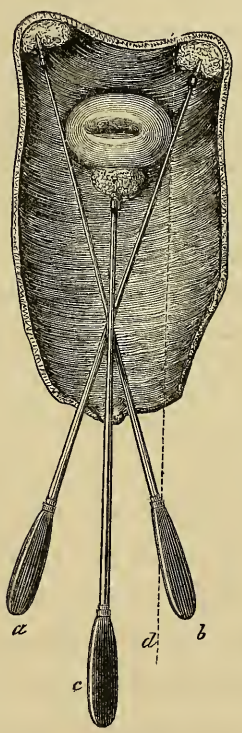

Fig. 100.

tique; mais cela ne réussit pas si bien, parce que la nécessité de changer le point de pression de l'un d'eux, et non de l'autre, peut se présenter; et, même sans avoir besoin de modifier la direction de la force, on peut aussi désirer faire usage de l'un plus ou moins que de l'autre: petites manœuvres beaucoup plus faciles avec deux éponges indépendantes.

Supposons, par exemple, qu'on veuille faire porter la pression de l'éponge *a* plus à gauche, on pousse à droite le manche, qui prend la direction de la ligne pointée *d*; et l'on peut agir de la même manière à l'égard de *b*. Lorsqu'on juge que le fond de la matrice est suffisamment sorti de son ancien lit, ce qui est présumable dès que le museau de tanche est dirigé directement en arrière vers la paroi postérieure du vagin, au lieu de l'être du côté de la symphyse pubienne, on doit appliquer le porte-éponge *c* contre le col, qu'on pousse en droite ligne en arrière.

La figure 101 montre l'utérus un peu sorti de sa position anormale et s'élevant vers le promontoire du sacrum. On peut ainsi relever beaucoup l'organe, et supposer qu'on a réduit le déplacement, parce que l'orifice et le col ont été ramenés en relation normale avec l'axe du vagin; mais l'opération n'est pas encore finie. Les éponges étant maintenues en place, le spéculum est enlevé, et la malade est priée de se tourner sur le dos; on introduit alors l'index gauche dans le vagin, et on l'applique contre la face antérieure du col; on

l'y maintient fermement, et l'on retire les éponges l'une après l'autre; ensuite, pendant que le doigt pousse encore le col en arrière, on amène l'autre main pour faire la pression extérieure (bimanuelle). Si l'on peut

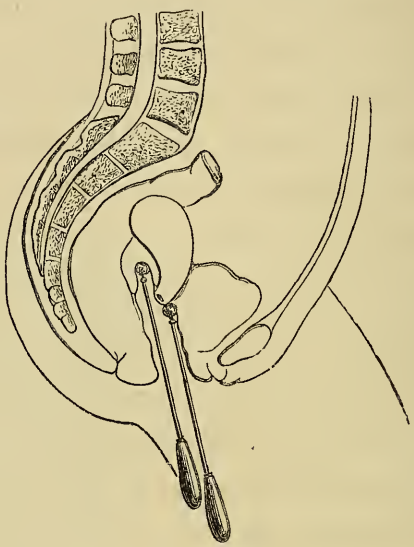

Fig. 101.

avec elle saisir le fond de l'utérus et l'appuyer vers la symphyse pubienne, on est sûr d'avoir réussi; sinon, on n'a fait que repousser le col en arrière, qui, revenant sur lui-même, laisse le fond dans sa position anormale, à peu près comme il était auparavant (fig. 102).

Cet inconvénient se produit surtout quand le bassin est profond et la partie supra-vaginale du col longue et grêle. Si la patiente est trop fatiguée pour changer de position et prendre le décubitus dorsal exigé par l'exploration bimanuelle, on peut s'assurer du degré

de réussite des efforts qu'on a tentés pour opérer le redressement, en passant la sonde utérine au moment où la patiente repose encore sur le côté gauche. Si l'instrument pénètre aisément à la profondeur voulue, et

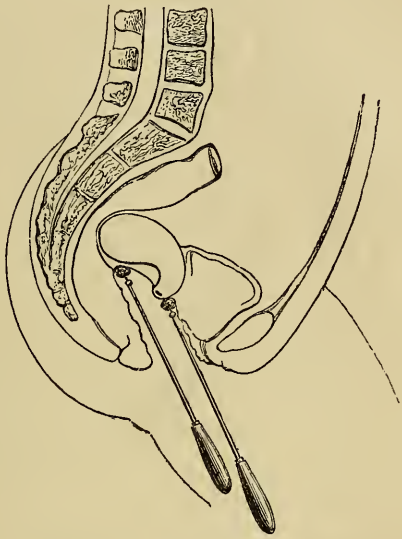

Fig. 102.

dans la direction de la position normale, on en augure que tout va bien ; mais s'il est repoussé vers la cavité du sacrum, il faut en conclure au contraire que l'on n'a pas réussi.

Il est bon de ne pas trop fatiguer la malade, dût-on attendre au lendemain, si l'on n'arrive pas, séance tenante, au résultat que l'on poursuit. Dans tous les cas, on ne doit jamais faire la moindre tentative de ce genre, sans s'être assuré qu'il n'existe pas de constipation et sans avoir préalablement vidé la vessie.

La figure 103 représente un utérus rétroversé ramené à sa position normale par la pression des deux porte-éponge seuls.

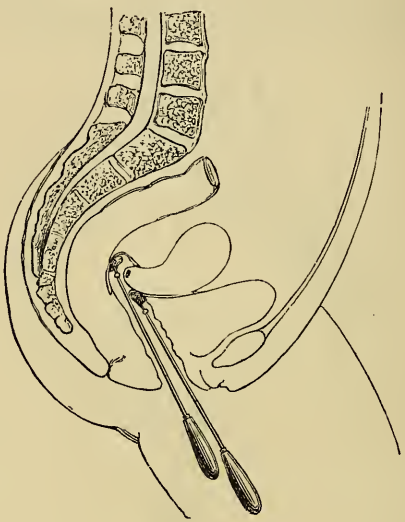

Fig. 103.

On réussit fréquemment par le simple procédé que je viens d'exposer; mais en cas d'insuccès et quand on soupçonne qu'il existe des adhérences qui retiennent le fond dans sa position anormale, qu'y a-t-il à faire? On procède alors autrement, et c'est ici qu'il est absolument nécessaire d'employer une force intra-utérine.

Le docteur Simpson fut le premier à nous apprendre les moyens de réduire l'utérus rétroversé. Il passe d'abord la sonde utérine pour reconnaître la position, puis, lui faisant décrire un demi-cercle, il élève nécessairement le fond vers le promontoire du sacrum. Mais,

comme je l'ai fréquemment dit, cette opération cause souvent de grandes souffrances, et quelquefois de l'hémorrhagie ; depuis bien des années j'ai cessé de me servir de la sonde Simpson comme redresseur utérin, et je n'ai vu entre mes mains aucun accident plus sérieux résulter de son emploi. Quelques chirurgiens condamnent l'instrument et le bannissent tout à fait, parce que la perforation du fond de la matrice, et la mort même, ont suivi l'usage peu judicieux qu'on en a fait. Cela n'est ni sage ni logique. Quant à moi, je ne le rejette que comme agent de redressement ; car, à ce point de vue, le principe de son action est mauvais : c'est à cela que sont dues les douleurs et les souffrances qu'il cause, et je m'étonne même qu'il n'ait pas fait plus de mal. Considérons un instant son *mode d'action*.

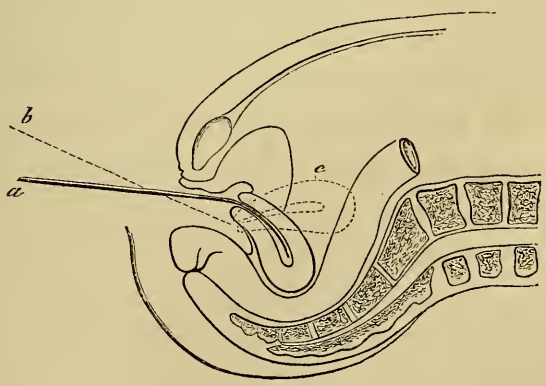

Fig. 104.

La figure 104 représente un utérus renversé en arrière avec la sonde Simpson introduite comme agent de

redressement. Si l'on fait décrire à la poignée de l'instrument *a* un demi-cercle sur son axe, l'extrémité opposée fera sortir l'utérus de sa position anormale en l'élevant à la figure pointée *c*; mais alors cette extrémité décrira un demi-cercle d'un peu moins de deux pouces et demi de rayon, et ramènera violemment le fond dont tout le poids est supporté principalement par le bout de l'instrument qui, dans son mouvement de rotation, transporte son point de pression de la face postérieure à la face antérieure de la cavité utérine. Pour donner au fond une élévation encore plus grande, on abaisse le manche *b* vers le périnée, ce qui relève l'extrémité de l'utérus. Faut-il donc s'étonner qu'on rencontre des malades chez qui la sonde utérine rappelle les souvenirs les plus douloureux? Comprenant bien qu'une force intra-utérine était parfois absolument nécessaire pour la réduction de ce genre de déplacement, j'imaginai, en 1856, l'instrument suivant, dont je me suis toujours servi depuis. Tout le principe de son action consiste à élever le fond en droite ligne, au lieu de lui faire décrire un cercle, et à faire porter le poids de l'utérus sur un disque appliqué au museau de tanche, au lieu de le faire porter sur le bout de l'instrument introduit dans la cavité. Il suffit pour cela d'articuler la sonde à deux pouces environ de son extrémité utérine, et d'y fixer un disque ou plaque destinée à supporter le poids de l'organe. Soit, par exemple, la figure 105, représentant un utérus renversé en

arrière, dans lequel est introduite une sonde articulée *a*, l'articulation appliquée à l'orifice. Tout ce qu'on a à faire avec cet instrument, c'est de pousser l'orifice de la matrice en bas et en arrière dans le cul-de-sac postérieur et dans la direction du point occupé par son

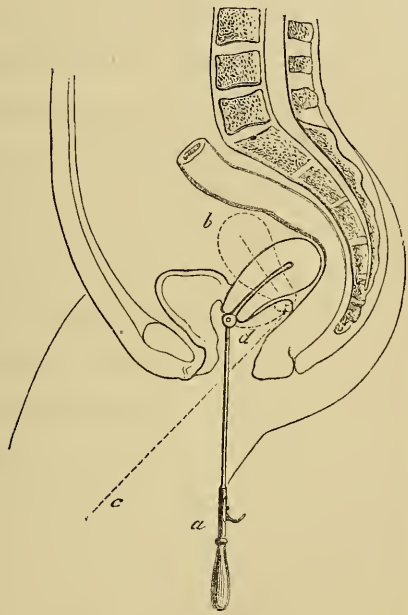

Fig. 105.

fond, avant qu'on le mette en mouvement. Par cette manœuvre, le museau de tanche décrit le petit arc de cercle représenté par la ligne pointée *d*, tandis que le fond, s'élevant en ligne droite, en décrit un plus grand, et va prendre la position *b*, le manche de l'instrument étant représenté par la ligne pointée *c*. Si celui-ci est bien

ajusté, l'opération s'effectue sans souffrance pour la patiente et sans lésion pour l'utérus. S'il existe des adhérences, on peut mesurer avec beaucoup de précision leur degré de résistance ou d'extensibilité. Il me revient en ce moment à l'esprit deux cas dans lesquels, pour cette cause, il fut impossible d'élever l'utérus de plus de 45 degrés au-dessus de l'axe du vagin.

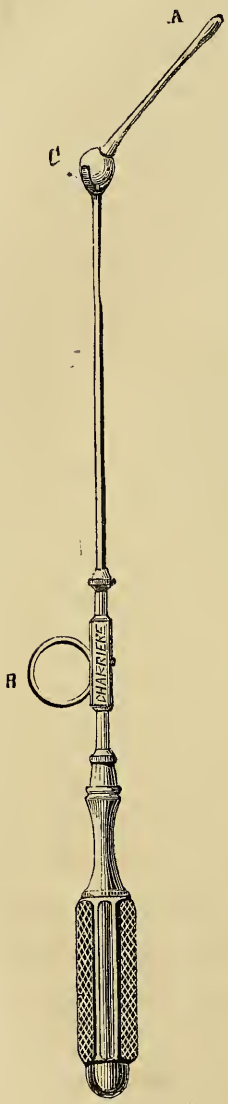

Fig. 106.

La figure 106 représente l'élévateur utérin avec sa tige *a* réglée à un angle de 45 degrés, qui est l'angle approprié à une rétroversion ordinaire. G est la boule destinée à supporter le poids de l'utérus. Elle tourne sur son axe suivant une ligne qui, avec le manche, permet à la tige A de décrire un cercle entier, non de 90 degrés, mais de 45 degrés de chaque côté du manche. Cette boule est perforée de sept trous (la tige occupant le huitième) formant une ligne autour de son centre, pour recevoir la pointe d'une verge logée dans le manche tubulaire, laquelle s'abaisse ou remonte, au gré de l'anneau B,

de sorte que les mouvements de la tige utérine A peuvent être promptement arrêtés à quelque point que l'on veuille de son élévation ; il suffit pour cela de laisser aller l'anneau B, lequel est remonté, ainsi que la verge, par un ressort à boudin caché dans le bas du manche. Les petits trous pratiqués dans la boule sont placés à dessein aux distances convenables pour marquer, de l'un à l'autre, des angles de 45 degrés dans les révolutions de la tige.

Cet instrument n'est autre chose que la sonde Simpson, à laquelle a été ajoutée une articulation, à deux pouces de son extrémité utérine ; mais son *mode d'action* est bien différent. L'une élève l'utérus en droite ligne ; l'autre en lui faisant décrire un cercle à droite ou à gauche : l'une fait porter le poids de l'organe sur une boule appliquée à l'orifice ; l'autre principalement sur la pointe de la sonde engagée dans la cavité utérine : l'une élève l'utérus par une puissance exercée sur le col ; l'autre par une semblable puissance exercée sur le fond : l'une produit rarement la douleur ; l'autre la cause très-fréquemment.

Cet instrument peut quelquefois nous aider à diagnostiquer le siége relatif des petites tumeurs logées sur l'utérus ou dans son voisinage. Supposons que dans l'utérus soit engagée la tige A en angle droit avec le manche, que son corps soit maintenu fermement au centre du bassin, et son fond dirigé vers l'ombilic : en tirant le manche de l'instrument en avant, on peut

amener le col de l'utérus du côté et très-près de la face interne de la symphyse pubienne; en le poussant en arrière, on peut le refouler directement dans ce sens, aussi loin que la profondeur du vagin et le promontoire du sacrum peuvent le permettre. Tourne-t-on le manche d'un côté à l'autre, on peut, à volonté, porter le fond à droite ou à gauche; en tout cela sans que l'organe puisse en souffrir, car son poids tout entier est supporté, ainsi que nous l'avons dit, non sur la pointe de l'instrument, comme il arrive avec la sonde Simpson, mais sur le disque appliqué au museau de tanche. Pendant qu'on change ainsi la position de l'utérus, on peut, soit au moyen du doigt introduit dans le vagin ou dans le rectum, soit à l'aide de la palpation externe, décider si une tumeur qu'on a soupçonnée est attachée à l'utérus par des adhérences sessiles ou par un tissu ligamenteux, ou même si l'organe et la tumeur sont entièrement séparés et indépendants l'un de l'autre. La partie intra-utérine de l'élévateur est malléable, afin qu'on puisse à volonté la courber un peu pour la conformer aux particularités de quelque cas spécial.

D'ordinaire cette tige ne doit pas avoir plus de deux pouces de long; j'ajoute qu'en aucune circonstance elle ne doit atteindre le fond de l'utérus. Quand on fait usage de cette sonde, il faut avoir soin de tenir la boule toujours appuyée contre le museau de tanche; si elle s'en séparait d'un demi-pouce ou plus, on ne réussirait pas à élever le fond de la matrice, parce que, alors,

toute la puissance de l'instrument serait dépensée uniquement à pousser le museau de tanche en arrière et à replier le col sur lui-même.

J'ai publié une notice sur cet élévateur utérin dans l'*American Journal of the Medical Sciences*, numéro de janvier 1858. Depuis lors il a été diversement modifié par différents écrivains, mais nullement amélioré. Les docteurs Gardner et Dewees, de New-York, et d'autres encore, y ont ajouté une vis pour mouvoir la tige; mais je reproche à cette addition de nous ôter la faculté de déterminer par le toucher la force de la résistance. Lorsqu'on a une articulation qui se meut librement, comme dans l'instrument qui m'est propre, il est facile de juger du poids de l'utérus, et de préciser la somme et le degré des adhérences, s'il en existe, en notant le point exact auquel on sent leur résistance.

Mais, admettons que nous ayons relevé l'utérus soit par ces moyens, soit par d'autres, restera-t-il dans sa position normale par cela seul qu'on l'y a remis? Non. J'ai vu des médecins réduire une rétroversion journellement pendant des mois, mais je n'ai jamais su qu'un seul cas ait été guéri de cette façon. C'est chose importante assurément, en beaucoup de cas, de corriger un déplacement; mais il importe bien plus encore de faire que la réduction soit permanente. Il faut donc non-seulement que l'organe soit replacé, mais il est encore de toute nécessité qu'il soit maintenu dans sa position normale par des moyens mécaniques. Dans les

cas anciens, où l'utérus est sensible et irritable, il est bon de ne pas recourir tout de suite au pessaire; mieux vaut replacer l'utérus à plusieurs reprises, et appliquer simplement un tampon de coton humecté de glycérine, dans le double but de soutenir l'organe en position pendant un certain temps et de diminuer l'engorgement, en profitant de la propriété déplétive que possède la glycérine. Lorsque, par ces moyens ou par d'autres, on a fait disparaître l'irritabilité ou l'engorgement qui peuvent exister, il faut ajuster un pessaire quelconque, pour maintenir l'organe dans sa position normale.

On a beaucoup écrit au sujet du déplacement de l'utérus, aussi a-t-on émis, à l'égard de son traitement, des opinions très-opposées. Les uns en parlent comme d'un sujet de peu d'importance, tandis que d'autres sont disposés à lui attribuer tous les symptômes nerveux dont peut souffrir la malade. Ceux-ci condamnent les pessaires et les bannissent absolument de la pratique; ceux-là les défendent peut-être trop universellement; mais, comme dans toutes les choses fort disputées, il y a du vrai des deux côtés. J'ai vu beaucoup de mal causé par les pessaires, et aussi par les saignées, les purgatifs, l'opium, la quinine, et par d'autres remèdes en vogue; je ne vois pas, cependant, pourquoi nous répudierions complétement remèdes et instruments, parce qu'ils ont été employés sans discernement. J'ai vu aussi beaucoup de bien résulter de l'application des principes de la mécanique au traitement des déplace-

ments utérins, mais je sens, malgré cela, qu'il y a des circonstances où ils sont véritablement inapplicables.

J'ai rencontré des cas où la tige intra-utérine de Simpson (fig. 107) avait produit de fâcheux résultats,

Fig. 107.

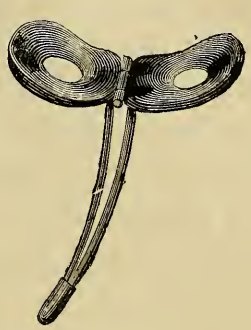

Fig. 108.

tels que la métro-péritonite. J'ai vu le pessaire à levier de Hodge (fig. 110) perforer la paroi antérieure du vagin et pénétrer presque dans la vessie; celui de Meigs (fig. 111) creuser dans le cul-de-sac postérieur du vagin un sillon assez profond pour y coucher le doigt. J'ai vu le pessaire de Zwang (fig. 108) séparer l'urèthre du col de la vessie, le coupant tout entier jusqu'à la membrane vésicale, mais sans la traverser. J'ai connu un cas où le disque d'un pessaire à tige vaginale (fig. 109) passa dans la cavité de l'utérus, et y resta emprisonné pendant plusieurs jours ; le col était étroitement contracté

Fig. 109.

autour de la tige de l'instrument, jusqu'au moment où il fut retiré par le professeur Lewis A. Sayre, du Collége médical de l'hôpital de Bellevue, à New-York. Enfin, j'ai vu le pessaire de caoutchouc, de Gariel, gonflé au point de distendre le vagin si énormément, que cet organe semblait occuper presque toute la cavité pelvienne; et j'ai ouï dire que d'autres pessaires avaient produit des fistules du rectum et de la vessie.

Malgré tout cela, je soutiens et j'emploie journellement les pessaires sous une forme ou sous une autre, parce que, si je ne le faisais pas, il me faudrait abandonner une multitude de malades, sans faire quoi que ce soit pour leur soulagement. Les pessaires sont des maux nécessaires dont nous nous passerions, s'il était possible; mais comme il n'en est pas ainsi, ce sera prendre un sage parti que d'y recourir, chaque fois que leur emploi répondra le mieux aux indications que comportera chaque cas individuel.

Quiconque n'est pas habile en mécanique ne devra jamais se risquer à faire usage du pessaire. Même avec une connaissance parfaite de la *mécanologie* utérine, on pourra commettre plus d'une faute :

1° En appliquant un pessaire là où il y a inflammation métritique, sous une forme quelconque;

2° En choisissant un instrument qui est mal approprié;

3° En le faisant trop grand, d'autres fois trop petit;

4° En le laissant trop longtemps sans le retirer.

Quand même nous nous croyons sûrs de la forme de

l'instrument applicable au cas que nous avons à traiter, il est difficile de se faire une idée juste de la grandeur du vagin; et je dois dire qu'ils sont généralement plutôt trop grands que trop petits. Quand on a réussi à en choisir un qui soit bien approprié, il ne faut jamais renvoyer la malade avant qu'elle ait appris à le retirer et à le remettre avec une grande facilité. Un pessaire doit se porter comme des lunettes, c'est-à-dire seulement quand on est éveillé. Aussi faut-il, règle générale, l'ôter la nuit, et le remettre le matin. Si toutes les malheureuses qui sont obligées de se servir d'un tel soutien avaient appris à comprendre les principes de son action, à le retirer et à le replacer tous les jours ou tous les deux jours, il n'y aurait à redouter aucun des accidents auxquels j'ai fait allusion, et qui portent atteinte à la réputation d'utilité de ces instruments. Mais la plus grande maladresse qu'on puisse faire, est de prendre un modèle et de l'appliquer universellement. Que penserait-on d'un chapelier qui voudrait coiffer les têtes avec un seul chapeau? d'un cordonnier qui prétendrait chausser toutes sortes de pieds avec un seul soulier? d'un dentiste qui croirait pouvoir appliquer une forme unique de dentier à toutes les mâchoires? L'idée est absurde; et cependant nous n'avons guère été plus sages dans le traitement mécanique des déplacements de l'utérus.

J'ai exploré l'intérieur d'un nombre immense de vagins, et je n'en ai jamais vu deux qui fussent dans

toutes leurs particularités exactement semblables. Ils diffèrent autant l'un de l'autre que nos nez et nos visages. Dans la grande collection d'empreintes de divisions palatines de M. Préterre (de Paris), qui en compte aujourd'hui plus de six cents, chacune a ses anomalies particulières, et chacune aussi son appareil particulier. On me comprendrait mal, toutefois, si l'on croyait que je voulusse dire que six cents cas de déplacement utérin nécessiteraient autant d'instruments différemment construits; je veux seulement dire que chaque cas individuel exige une étude spéciale, un examen attentif de ses complications et de ses particularités, et que nous devons toujours y avoir égard, si nous voulons les traiter avec succès et sécurité.

Mais, comme je ne veux m'occuper ici des pessaires que par rapport à la stérilité, je crois inutile d'insister sur d'autres généralités.

Je ne prétends pas dire qu'un utérus renversé en arrière ou en avant soit incapable de concevoir; mais ce dont je suis certain, c'est que, si la conception a lieu quand l'utérus est sérieusement renversé en avant ou en arrière, elle est survenue plutôt accidentellement qu'autrement, et j'ose croire qu'elle eût eu lieu avec plus de facilité, si cet organe avait été dans une position normale, toutes choses égales d'ailleurs.

Si nous voulons bien nous rappeler que, sur 255 cas de stérilité acquise (page 276), il y avait 111 rétroversions et 61 antéversions, et que, sur 250 cas de stérilité

naturelle, il y avait 68 rétroversions et 103 antéversions, nous sommes en droit de soupçonner que la position de l'utérus est un fait de quelque importance dans le traitement de la stérilité. Plusieurs de ces vices de position étaient compliqués, il est vrai, de fibroïdes, de flexions, d'engorgements, d'hypertrophies, et, chez les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, de conicité du col. Mais, quand même nous aurions remédié à ces complications, la stérilité pourrait encore subsister, comme conséquence du vice de position seul. En tout cas, la fréquence des altérations de position de l'utérus, nous force à considérer ce fait comme un élément important dans le traitement de la stérilité.

Bien que je comprisse depuis longtemps que la mauvaise position de l'utérus était pour beaucoup dans la stérilité, je n'avais jamais eu, jusqu'en 1855, la moindre idée de la traiter dans sa connexion avec le déplacement. Voici comment l'idée m'en vint. Je fus consulté, en juillet 1855, par une dame qui avait été traitée par le professeur Hodge, de Philadelphie. L'histoire de la malade présentait les faits suivants. Elle était âgée de vingt-trois ans, s'était mariée à dix-sept, en juillet 1849, avait fait une fausse couche à deux mois, en mars 1851, de laquelle elle s'était remise lentement; elle fut envoyée, par les médecins qui la soignaient, au professeur Hodge, dans le mois de mai suivant. Celui-ci constata l'existence d'une rétroversion, et fit l'application immédiate de son pessaire. La malade resta sept se-

maines à Philadelphie ; elle n'eut qu'un flux menstruel après l'application du pessaire, qu'elle portait encore lorsqu'elle retourna chez elle. Ses médecins reconnurent qu'elle était grosse, mais ils ne retirèrent l'instrument qu'en septembre, et son enfant naquit en mars suivant. Ce fait fut pour moi comme une révélation. Je demandai à cette dame s'il était arrivé qu'elle eût eu des rapports sexuels pendant qu'elle portait l'instrument. « Il en a été ainsi, » répondit-elle simplement. — « Souvent ? » lui dis-je. — Oh ! oui ; absolument comme s'il n'y avait rien eu. » L'idée d'ajuster un instrument qui permît les rapprochements sexuels, en même temps qu'il tiendrait l'utérus en place était pour moi une chose toute nouvelle. Depuis lors, j'ai fait usage de cet instrument, et je le crois d'une grande valeur.

Le pessaire de Hodge, tel qu'il l'a inventé primitivement, était en argent doré ; il affecte la forme de la lettre U, avec les deux branches parallèles courbées sur leur plat, pour s'adapter à la courbure du vagin.

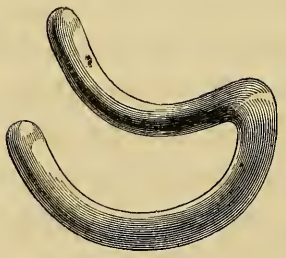

Fig. 110.

La figure 110 représente cet instrument. La barre transversale qui relie les deux branches est glissée derrière le col de l'utérus après que l'organe est replacé. La partie convexe des branches repose sur la paroi pos-

térieure du vagin ; la partie ouverte est tournée dans la direction de la symphyse pubienne, tandis que les extrémités des branches s'appuient, antérieurement, une de chaque côté du col de la vessie. Au double point de vue théorique et pratique, cet instrument est admirable, quand il est bien fait et convenablement employé. Sa cherté a été le principal obstacle à la généralisation de son usage. Le docteur Hodge l'a modifié pour en faire l'application aux antéversions : il a ajouté une traverse à son extrémité ouverte, de manière à le fermer entièrement et à en faire une sorte de parallélogramme sigmoïde (fig. 112). Cette forme de l'instrument de Hodge est communément adoptée par les médecins de mon pays, qu'il soit d'argent, d'étain, de caoutchouc vulcanisé, ou de gutta-percha. Nous en employons rarement un autre.

On trouve dans les magasins l'instrument de Hodge diversement modifié. Par exemple, on le fait de gomme élastique durcie, et il s'en vend de grandes quantités, mais ces instruments sont dangereux, car, généralement trop grands, ils ont toutes sortes de formes, excepté la vraie, et j'ai reconnu qu'il était impossible de leur donner les courbures équilatérales convenables, même en les plongeant dans l'eau bouillante, comme on le recommande. Ce qui vaut mieux que la gomme élastique durcie, mais sans être aussi propre, c'est un fil de cuivre recouvert de gutta-percha ; mais ici encore nous sommes en droit de nous plaindre de tous nos fabricants

d'instruments, car ils se servent du fil de fer télégraphique ordinaire, le coupent en brins de diverses longueurs, et, reliant fort grossièrement tous les bouts ensemble, ils en forment un anneau, auquel ils donnent la courbure que nous lui voyons. Ils agissent ainsi pour les vendre un peu moins cher ; mais c'est là une pauvre économie, car souvent ils se cassent au point de jonction, les produits de sécrétion pénètrent dans les petites fissures, et l'instrument, loin de soulager, devient une cause d'irritation. Il faudrait, au contraire, que le fil de cuivre malléable fût d'abord fait avec beaucoup de soin en anneau ou en parallélogramme, puis ensuite recouvert de couches unies de gutta-percha non vernie. J'ai décidé deux fabricants d'instruments (MM. Weiss et Charrière), à remédier à cet inconvénient.

Mais ma patrie possède un autre nom également honoré, respecté, et qui n'a pas moins d'autorité que celui de M. Hodge dans le traitement mécanique des déplacements utérins. En 1853, le professeur Charles D. Meigs publia le rapport qu'il avait lu, sur les maladies utérines, à la Société de médecine d'Amérique, rapport dans lequel il professe les idées si longtemps enseignées par son illustre confrère le professeur Hodge. L'instrument du docteur Meigs diffère de celui de Hodge, mais il agit d'après le même principe. Tandis que celui de Hodge est un parallélogramme courbe, celui de Meigs est simplement un anneau, qui a pour objet, comme le premier, de distendre le vagin antéro-

postérieurement, en prenant pour points d'appui le cul-de-sac postérieur et la face interne de la symphyse pubienne. Il maintient ainsi le col de la matrice à sa place naturelle, sans s'opposer aux rapprochements sexuels. Le pessaire-anneau de Meigs est fait avec un ressort de montre, formé en cercle de deux pouces, deux pouces et demi, deux pouces trois quarts et trois pouces de diamètre, recouvert ensuite de gutta-percha (fig. 111).

Fig. 111.

On l'introduit avec beaucoup de facilité, en comprimant ses côtés opposés, ce qui l'allonge dans la direction de la ligne pointée *a*, en diminuant son diamètre dans l'autre sens. Aussitôt qu'il a franchi l'arcade du pubis, il reprend *à peu près* sa forme originelle, car il est rare qu'il redevienne parfaitement circulaire, à moins qu'il ne soit très-petit. S'il est grand, il s'ovalise, après avoir été porté pendant quelque temps.

Il arrive souvent que ces instruments soient portés pendant longtemps, mais, en général, comme je l'ai dit plus haut, je suis opposé à ce principe. J'ai plus d'une fois retiré le pessaire-anneau de Meigs après qu'il avait été porté pendant dix ou douze mois consécutifs. En

cinq ou six semaines, il se revêt d'une couche épaisse brunâtre, d'une odeur repoussante, qui suffit seule à irriter la membrane muqueuse du vagin, indépendamment du mal qui peut résulter d'une pression mécanique prolongée. J'ai vu un cas dans lequel l'anneau de Meigs avait creusé dans le cul-de-sac postérieur un sillon assez profond pour y loger le petit doigt. Je m'étonnais qu'il n'eût pas perforé la cavité du péritoine; mais une investigation minutieuse me fit découvrir la puissance merveilleusement protectrice de la nature, qui, par une exsudation de lymphe plastique, avait accru l'épaisseur des tissus dans lesquels l'instrument s'était logé. Ici la position de la matrice n'avait pas été complétement rectifiée. Le bassin était profond, et l'instrument avait simplement poussé le col en arrière, tandis que le fond était resté en rétroversion. Peut-être fût-ce un bien pour la malade; car le cul-de-sac du vagin et la paroi postérieure de l'utérus semblaient être solidement agglutinés ensemble; résultat probable de la pression et de l'ulcération produites par l'anneau, puisque j'avais examiné la malade plusieurs mois avant l'emploi du pessaire, et qu'il n'y avait alors rien de semblable.

J'ai vu à l'Hôpital des Femmes, en 1861, un autre cas ou l'anneau de Meigs avait été porté sans interruption pendant près de douze mois. Il avait d'abord causé un grand soulagement, mais, après un certain temps, il se produisit dans le vagin un écoulement muco-purulent excessif, pour lequel la malade vint consulter à l'hôpital.

Nous voyons souvent des pessaires de cette sorte faire du mal, parce qu'ils sont trop grands; mais ici c'était le contraire. Le col et une portion de la paroi antérieure du vagin, après s'être graduellement abaissés, avaient fini par s'étrangler en passant par le petit anneau qui avait creusé tout autour du col un sillon plus profond en arrière et sur les côtés qu'antérieurement, et dans lequel il était entièrement caché, excepté vers le col de la vessie, où il se montrait plus superficiel. Lorsque l'instrument fut retiré, ce qui avait été difficile et douloureux, on découvrit un véritable foyer de suppuration dont les bords granuleux avaient entièrement enveloppé les parties postérieures et latérales de l'anneau. Le col de l'utérus était également granuleux et fort engorgé, selon toute apparence par suite de la strangulation qu'il avait subie. Tout cela disparut en l'espace de quinze jours, à mesure que le sillon se combla et se guérit.

Tout en me faisant l'avocat des pessaires, car j'en emploie journellement de toutes sortes, il est juste que je dise tout ce que je sais contre eux, afin de prémunir contre leurs dangers. Dans le cas dont je viens de parler, il y eut faute de la part de la personne qui avait appliqué l'instrument, et qui avait quitté sa malade sans lui avoir donné les instructions dont elle avait besoin pour son usage. J'ai vu plus d'inconvénients résulter de l'emploi de l'anneau de Meigs que de l'instrument de Hodge. Je présume que cela tient à ce que

coûtant moins cher qu'aucun autre instrument alors en vogue, il fut, dès son apparition, plus universellement employé, et fournit conséquemment plus d'occasions d'en observer les effets.

Quand je me propose, en traitant le déplacement, de guérir la stérilité, j'emploie toujours un instrument construit sur le même principe que ceux dont il vient d'être question. Outre les instruments de Hodge et de Meigs, tels que nous les trouvons chez les fabricants, je me sers souvent d'anneaux d'étain adouci par l'addition d'un peu de plomb. Je les ai introduits dans ma pratique en 1856. On en fait de grandeurs diverses dont le diamètre varie de deux à trois pouces. Le corps, s'il est tubulaire, pourra avoir un tiers de pouce de diamètre; beaucoup moins, s'il est plein. Il importe peu qu'il soit d'étain ou de gutta-percha, pourvu qu'il soit malléable. Choisissez un anneau qui soit approprié à la capacité du vagin; comprimez-le doucement entre les mains jusqu'à ce qu'il ait pris une forme ovale. Il imite alors l'anneau de Meigs, et peut être employé de même; mais quelquefois il vaut mieux lui donner la courbure naturelle du vagin, d'après le modèle de Hodge, en faisant passer l'extrémité *b* (fig. 112) derrière le col de la matrice, tandis que l'autre extrémité *a* su-

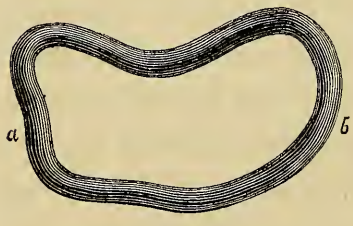

Fig. 112.

bit une légère contre-courbure à l'endroit où elle presse le col de la vessie contre la symphyse du pubis. Il faut apporter un grand soin à la préparation de cet instrument, de manière qu'il ne blesse pas par sa pression le col de la vessie, le cul-de-sac postérieur, ou le fond du vagin, sur lequel repose sa grande courbure. Il est difficile de se procurer un instrument qui puisse convenir avec exactitude à deux cas quelconques, et il est même souvent difficile de l'adapter à un cas donné. J'ai fréquemment passé une quinzaine de jours, quelquefois plus, pour ajuster un instrument avec précision, d'autres fois il m'a été tout à fait impossible d'y parvenir. Quand j'ai réussi à faire cette appropriation avec exactitude, c'est-à-dire quand l'instrument est façonné de manière à soutenir la matrice dans sa position normale sans qu'il exerce de pression fâcheuse sur les parois du vagin, j'envoie le modèle malléable au fabricant pour qu'il en fasse un double de caoutchouc vulcanisé ou d'argent, dans le cas où l'usage doit en être continué une fois que j'ai cessé de donner mes soins. Le pessaire d'étain est aussi bon que celui d'argent; mais alors la malade, en l'ôtant et le replaçant, peut altérer sa forme, et faire qu'il devienne nuisible, de bienfaisant qu'il était. Si cependant elle demeure assez près de moi pour que je puisse la voir de temps en temps, j'ordonne rarement un autre instrument que celui d'étain.

Comme je l'ai déjà dit, le cas rapporté page 324

m'inspira, sur son utilité pratique, de nouvelles idées, qui ne furent pas perdues. Bientôt après, une dame, âgée de vingt-six ans, vint avec son mari me consulter au sujet d'une stérilité acquise. Elle avait eu, six ans auparavant, un enfant qui était mort tout jeune; et le père et la mère désiraient ardemment une nouvelle grossesse. Plusieurs médecins distingués lui avaient déjà donné des soins, et tous l'avaient soumise à un traitement par les caustiques (1); mais les symptômes étaient restés les mêmes, et la stérilité persistait. A l'examen, je trouvai le bassin profond, le vagin large, le périnée relâché, et l'utérus en rétroversion complète, mais facilement réductible. La paroi postérieure était, comme dans tous ces cas de déplacement prolongé, légèrement hypertrophiée, et il y avait aussi un peu d'engorgement de la lèvre postérieure. Les symptômes que la malade éprouvait, tels que ténesme vésical, pesanteurs, etc., étaient évidemment le résultat du vice de position, et je déclarai la conception tout à fait impossible, dans la position anormale où se trouvait l'utérus. Je jugeai convenable de traiter la malade par des moyens entièrement mécaniques; mais la chose était très-difficile, car je ne possédais pas alors l'art d'adapter un instrument à chaque cas particulier, ce que l'observation et une longue expérience peuvent

(1) C'était malheureusement la mode, il y a quelques années dans mon pays, de cautériser le col de la matrice sans égards aux conditions et aux indications.

seules donner. Il me fallut près d'un mois pour en approprier un de telle façon qu'il pût être porté sans causer de souffrance, ou sans exercer aucune pression fâcheuse; mais une fois disposé, la malade, en éprouva le plus grand soulagement. L'anneau, façonné comme je l'ai dit, avait trois pouces et un huitième de diamètre, avant que je lui donnasse la forme d'un parallélogramme sigmoïde. J'enjoignis spécialement à la malade de le conserver pendant les rapports sexuels. La conception eut lieu trois mois après; l'instrument fut encore porté jusqu'au quatrième mois et il ne fut enlevé qu'après que l'utérus se fut élevé au-dessus du bord du bassin. La grossesse se termina à son terme par la naissance d'un bel et fort enfant qui fut confié à une nourrice. Les parents espéraient que la conception se renouvellerait bientôt, mais il n'en fut rien; et, au bout de dix-huit mois, la mère revint me trouver et me demander si, pour assurer une nouvelle conception, une nouvelle application de l'instrument était nécessaire.

Je trouvai l'utérus dans le même état où je l'avais vu pour la première fois. Il n'avait aucune disposition à se réduire de lui-même; on pouvait le replacer avec facilité, mais il retombait dès que le doigt était retiré. J'émis l'opinion que la conception se renouvellerait difficilement, si l'utérus persistait à rester en rétroversion. J'appliquai donc de nouveau le même instrument, en faisant à la malade les mêmes recommandations que précédemment. La conception eut lieu au bout de huit

semaines. Quinze mois environ après la naissance du second enfant, la malade revint, et je trouvai l'utérus dans la même position qu'à la première consultation. J'ajustai un autre instrument pour le soutenir, et, dix mois après, un nouvel accouchement avait lieu.

Dans ce cas, je crois que la grossesse serait arrivée aussi facilement cinq années plus tôt, si le même traitement eût été adopté.

Pour établir l'utilité du pessaire pendant le coït, dans les cas de stérilité dépendant de rétroversion, je continuerai à citer mes notes. Le cas ci-dessus était exempt de complication ; il n'y avait qu'un simple relâchement des ligaments de l'utérus qui s'était renversé en arrière, et qui restera toujours dans cette position, s'il n'est relevé par des moyens mécaniques. Quelquefois, mais non toujours, un déplacement de cette sorte est guéri par une grossesse.

En 1856, fut amenée à l'Hôpital des Femmes une dame qui gardait le lit depuis plus de deux ans. Elle était âgée de trente-deux ans ; mariée à vingt, elle avait donné le jour à un enfant au bout de dix mois ; mais depuis, elle était restée stérile. Devenue veuve, elle se remaria à trente ans. Douze mois après, elle courut précipitamment dans le jardin pour rapporter du linge qui y avait été mis à sécher. En se haussant pour le décrocher, elle sentit tout à coup quelque chose qui s'affaissait dans le bassin ; elle éprouva de grandes douleurs, et aussitôt se mit au lit, souffrant aussi de nau-

sées, de vomissements et de prostration excessive. Elle reçut des soins, et pendant plusieurs mois, mais sans obtenir beaucoup d'amélioration. Je trouvai l'utérus en complète rétroversion et très-volumineux, le fond dirigé vers la symphise sacro-iliaque gauche. L'agrandissement, ou plutôt l'élongation de l'organe, était dû à une tumeur fibreuse implantée sur son fond ; ce qui expliquait sa direction diagonale, car il était trop long pour s'être renversé dans la ligne médiane. Retrancher la tumeur fibreuse était hors de question ; laisser l'utérus dans l'état où je le trouvais, c'était abandonner la malade à son sort, sans faire le moindre effort pour la soulager. La seule espérance que j'eusse de lui procurer quelque soulagement permanent était d'élever l'utérus, de le soutenir dans cette position, et de lui donner la possibilité de concevoir. Quand l'organe fut ainsi ramené en position, je sentis distinctement la tumeur sur le fond, au-dessus du promontoire du sacrum. Mais, bien entendu, il retombait dans son ancienne position dès que le doigt ou l'élévateur utérin était retiré. Quand j'eus répété cette manœuvre chaque jour pendant une semaine, l'utérus en vint à la supporter assez patiemment pour admettre l'usage d'un support intra-vaginal. Un anneau d'étain malléable, d'environ deux pouces et demi de diamètre, fut façonné en la forme d'un parallélogramme et courbé suivant son axe le plus long, de manière à lui donner une flexion légèrement sigmoïde. Le vagin était un peu

petit, et il fallait beaucoup de précaution pour ne pas causer de lésion par une pression inopportune dans le cul-de-sac postérieur, ou contre le col de la vessie et la symphyse pubienne. L'instrument fut d'abord porté pendant quelques heures, puis pendant tout le jour, et peu de temps après la malade était en état de marcher. Au bout de deux ou trois mois, elle retourna chez elle, non guérie, il est vrai, mais l'utérus était relevé en position convenable et s'y trouvait soutenu par la petite invention toute simple que j'ai déjà décrite. Dans l'espoir qu'une conception aurait lieu, je recommandai de conserver le pessaire pendant le coït. Six mois s'étaient écoulés, lorsque la malade revint se faire visiter ; je la trouvai grosse de quatre mois et demi, ayant conçu six semaines après son retour chez elle. L'instrument avait été constamment porté, si ce n'est quand il avait fallu le retirer pour le nettoyer.

La grossesse arriva à son terme et la délivrance fut heureuse. Je revis la malade quelques mois après la naissance de son enfant. L'utérus était dans sa position normale, mais la tumeur était à peu près la même. Ici, sans l'assistance de la mécanique, je ne vois pas ce qu'il eût été possible de faire pour cette pauvre femme. Rien autre chose ne fut tenté pour elle, que le replacement de l'utérus, au moyen de cette sorte d'éclisse vaginale appliquée pour le soutenir dans ses relations naturelles.

On pourrait dire que ce cas fut guéri, si l'on ne con-

sidère que la position de la matrice. Il est très-probable que la tumeur fibreuse existait depuis longtemps sur le fond, et qu'elle contribua par son poids, lorsque l'utérus fut soudainement renversé, à le retenir dans cette position anormale, et j'ai quelque soupçon que la même condition contribue aujourd'hui à le maintenir droit. Le bassin était, dans ce cas, de capacité ordinaire, tandis que, dans le cas précédemment rapporté, il était très-profond, et le promontoire du sacrum un peu droit.

On pourrait supposer à priori que la présence de tout instrument dans le vagin doit faire obstacle au coït. Je me fais ordinairement un devoir d'expliquer la nécessité du traitement au mari, aussi bien qu'à la femme. Pour ce qui concerne notre sexe, il est peu poétique de connaître l'existence d'un support vaginal; mais, s'il est convenablement ajusté, il ne gêne en aucune sorte, et j'ai vu plus d'une femme insister pour que le mari ne fût pas instruit de ce que l'utérus était ainsi tenu artificiellement élevé. L'instrument ne doit être ni trop grand, ni trop petit, et il faut qu'il soit ajusté avec grand soin derrière la symphyse du pubis.

En 1861, je fus consulté par une jeune veuve, à laquelle on faisait une proposition de mariage. Pendant son premier mariage, elle avait eu une couche à terme, et trois ou quatre fausses couches, à peu près au troisième mois. Ses médecins lui avaient dit qu'elle ferait probablement toujours des fausses couches à la même époque. L'opinion de cette dame était que peu

d'hommes se marieraient, s'ils n'espéraient avoir le bonheur d'être pères, et elle regardait elle-même les enfants comme nécessaires à la complète félicité de la vie conjugale. Avec ces idées, elle ne voulait pas contracter de nouveaux liens, sans avoir quelque assurance que ces dispositions à l'avortement pourraient être surmontées; c'est sur ce point que mon avis était réclamé. Je trouvai l'utérus en rétroversion complète, la paroi postérieure quelque peu hypertrophiée par suite d'une position vicieuse longtemps gardée. Je lui expliquai que ses fausses couches étaient presque certainement dues à la rétroversion; que la conception aurait lieu selon toutes probabilités, et que la grossesse irait à terme, pourvu que l'utérus fût maintenu dans sa position normale, jusqu'à ce qu'il eût pris assez de développement pour s'élever au-dessus du bord du bassin. Sur cette assurance l'offre de mariage fut acceptée, et, deux mois après, la malade venait réclamer mon assistance.

Je préparai un instrument pour maintenir l'utérus dans une position convenable, et, après avoir fait à cette dame des recommandations sur la manière de s'en servir, le jour des noces fut fixé à la fin d'une période menstruelle. Le mariage eut lieu au commencement de janvier, le jour même de la cessation du flux. Le couple partit immédiatement pour la Nouvelle-Orléans, et un mois après je reçus un billet qui m'apprenait que la grossesse était indubitable.

Comme la malade ne voulait pas consulter un autre médecin, et que je désirais vivement qu'elle passât le troisième mois sans fausse couche, je lui recommandai de porter l'instrument jusqu'à ce qu'elle sentît remuer l'enfant, et de l'ôter alors. Arrivée à terme, elle fut heureusement délivrée.

Ce fut un cas où le mari n'avait aucune idée de l'existence chez sa femme d'une maladie utérine ou d'un traitement mécanique, et il n'en sait rien encore aujourd'hui. Ce fait est intéressant, en ce qu'il démontre la puissance protectrice d'une position normale contre les dangers de l'avortement. Il n'y a pas de cause d'avortement plus commune que la rétroversion, si nous exceptons le coït imprudent et excessif, et cela pour la plus simple de toutes les raisons. Une matrice en rétroversion est fécondée; la fécondation seule aggrave le déplacement; l'utérus, ainsi que son contenu, grandit vite, jusqu'à ce que son fond soit acculé sous le promontoire du sacrum, d'où il ne peut naturellement s'échapper. Lorsqu'il arrive au troisième mois, il faut, ou qu'il s'élève au-dessus du bord du bassin, ou qu'il se débarrasse de son contenu. S'il faillit dans le premier de ces actes, l'autre s'accomplit généralement. Si nous ne découvrons point la position vicieuse, ou si nous ne la corrigeons pas à temps, une fausse couche arrive presque inévitablement. Je suis sûr de l'avoir souvent empêchée, en réduisant l'utérus en rétroversion.

En voici un exemple. Une dame, âgée de vingt-huit ans, avait eu deux couches à terme; ensuite elle eut une fausse couche au troisième mois. Plus tard elle devint grosse, et, au bout de deux mois et demi, elle se trouvait de nouveau en présence de tous les symptômes menaçants d'un prochain avortement. Je trouvai l'utérus en rétroversion, le col heurtant le pubis, et le fond pressé sous le promontoire du sacrum. Je réduisis avec précaution l'utérus, et j'introduisis un anneau de Meigs de trois pouces de diamètre, pour le maintenir dans sa position naturelle. La réduction fut immédiatement suivie de la disparition de tous les symptômes utérins. L'instrument fut porté pendant un mois; on le changeait tous les trois ou quatre jours. La grossesse arriva à son terme et la délivrance se fit heureusement. Ce fait justifie le principe de la réduction et sert d'exemple pour les cas de la même classe. Ceux que j'ai déjà cités dans le but de démontrer l'influence du pessaire pour faciliter la conception, et par conséquent pour guérir le déplacement, se rapportent à des femmes qui avaient conçu auparavant. Mais j'ai fréquemment vu la même chose chez des femmes naturellement stériles. En 1858, le docteur Silas D. Scudder, alors médecin attaché à l'Hôpital des Femmes, trouva parmi les malades externes une femme mariée depuis dix ans, qui n'avait pas eu d'enfants et qui désirait vivement en avoir. Elle avait une rétroversion; mais j'ignore s'il existait des complications. Quoi qu'il en soit, un anneau d'étain

malléable fut approprié au vagin, et la conception eut lieu deux mois après. M. Scudder lui prescrivit de porter l'instrument assez longtemps pour se préserver d'une fausse couche (à trois mois), et elle arriva à terme.

En 1857, une dame du Sud me consulta au sujet de sa stérilité. Elle avait été mariée quinze ans, sans concevoir. Sa belle constitution et sa santé générale étaient tout ce qu'on pouvait désirer; seulement ses menstrues étaient laborieuses. L'utérus était en rétroversion, et une tumeur fibreuse, aussi grosse qu'une noix, était implantée dans sa paroi postérieure; son orifice était resserré et le col induré.

La sonde utérine, la tente-éponge et la palpation bimanuelle démontrèrent que le gonflement *a* (fig. 113)

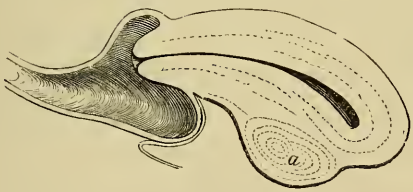

Fig. 113.

était constitué par une tumeur distincte, et non par une simple hypertrophie du tissu, comme nous le voyons souvent dans les anciennes rétroversions. Les indications étaient les mêmes que s'il n'y avait eu aucune tumeur fibreuse ; elles consistaient à élargir l'orifice et le col par incision, puis à ajuster un instrument

pour maintenir l'utérus en position pendant le coït. L'étroitesse de l'orifice et l'induration du col me donnaient la conviction que c'était là un cas de stérilité, quand bien même la position de l'utérus eût été normale; d'un autre côté, l'état de l'orifice et du col eût-il été parfait, le vice de position aurait nui aux probabilités de la conception. En conséquence, l'orifice et le col furent divisés des deux côtés en avril 1857. L'anneau fut appliqué après les menstrues suivantes, et la malade devint grosse au mois d'avril; mais malheureusement une chute, faite en novembre, amena une fausse couche. Une autre fausse couche eut lieu en juin 1858, vers le troisième mois. Cette dernière, causée aussi par une chute, fut accompagnée d'une grande perte de sang, et suivie d'une métrite grave, qui dura plusieurs semaines, pendant lesquelles la malade reçut les soins assidus du docteur Griscom, de New-York. Aussitôt qu'elle fut en état de quitter la ville, nous l'envoyâmes à Saratoga pour se rétablir, et, quand elle revint à New-York, en novembre, sa santé générale était de nouveau très-bonne. Il y avait dix-huit mois que nous avions commencé à la traiter. Elle avait eu deux fausses couches, que nous aurions pu attribuer à la tumeur fibreuse, si les circonstances qui les accompagnèrent n'avaient suffi, chaque fois, pour expliquer le résultat que nous déplorions. Mais ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que nous nous retrouvions alors au point d'où nous étions partis. La métrite consécutive à

la dernière fausse couche avait, en effet, reproduit le rétrécissement et les plicatures de l'orifice, qui se présentait comme s'il n'eût jamais subi d'opération chirurgicale, et, de son côté, le col était peut-être plus cartilagineux qu'auparavant. Qu'y avait-il à faire? Nous souhaitions tous voir survenir une autre grossesse. Je proposai à la malade de recommencer l'incision de l'orifice du col; et comme son mari ne pouvait rester beaucoup plus longtemps hors de chez lui, elle y consentit immédiatement; l'opération fut faite après la période menstruelle la plus prochaine. Au mois de janvier 1859, l'opérée pouvait accomplir les devoirs du mariage; l'orifice était ouvert, et l'utérus était redressé au moyen d'un instrument bien ajusté, qu'elle dut, comme précédemment, porter pendant le coït. La conception arriva heureusement au bout de cinq à six semaines environ, et nous la surveillâmes attentivement pendant toute la période de gestation. Elle porta le pessaire presque jusqu'au moment où se firent sentir les mouvements de l'enfant; puis, on l'enleva tout à fait. La malade reconnut alors que, dans les grossesses précédentes, elle l'avait retiré aussitôt qu'elle s'était sentie grosse, ce qui sans doute avait beaucoup contribué aux fausses couches déterminées par les chutes qu'elle avait faites. Enfin, elle arriva à bon terme, et, délivrée par le docteur Griscom, elle mit au monde un fils, le 1er décembre 1859.

Nous gardâmes cette malade dans la position hori-

zontale pendant cinq à six semaines après ses couches, dans l'espérance qu'une évolution complète s'effectuerait avant qu'elle se remît sur pied, et que l'utérus resterait ensuite dans sa position naturelle, sans le secours d'aucun instrument. Lorsqu'elle partit pour le Sud, deux mois après sa délivrance, la matrice était dans une position normale; mais ce qui attestait surtout la guérison, c'est que, quinze mois plus tard elle accoucha de deux jumeaux.

Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue :

1° Il démontre, ce qui a été observé par d'autres, et ce que j'ai vu bien des fois avant et depuis, qu'une tumeur fibreuse n'empêche pas nécessairement la conception, la gestation, ni la délivrance, toutes choses égales d'ailleurs.

2° Il démontre qu'il est possible, même dans des cas très-difficiles, de découvrir les obstacles à la conception, et de les écarter par des efforts persistants et continus, si la malade a assez de courage et de patience.

3° Il démontre qu'il est possible de guérir une rétroversion, et même de faire disparaître un fibroïde, en modifiant la nutrition de l'utérus par une grossesse.

Je sens très-bien que ces descriptions répétées sont fatigantes; mais, comme je l'ai déjà dit, j'écris principalement pour les jeunes gens et les hommes inexpérimentés; comment ferais-je pénétrer dans leur esprit la vérité de mes idées, si ce n'est en mettant sous

leurs yeux, sans préjugés et sans opinion préconçue, les faits et les circonstances qui ont graduellement amené mes convictions au point où je les ressens ?

Je pourrais détailler ici une infinité de cas analogues ; mais il suffit, je pense, de la série des faits ci-dessus, qui frappent par leur importance, eu égard au sujet dont nous nous occupons.

On pourrait induire de ce que j'ai dit des pessaires, que toute rétroversion peut être réduite au moyen de ces instruments. S'il en était ainsi, je devrais me hâter de dissiper cette erreur; car, je suis fâché de l'avouer, il y a nombre de cas dans lesquels il ne peut être question de pessaire. Chez beaucoup de femmes, le vagin est si délicatement organisé que tout corps dur qui est intolérable, et j'en ai rencontré quelques-unes qui, à l'approche de l'âge critique, ne supportaient pas même la présence d'une éponge fine ou d'un petit tampon de coton. Chez d'autres, c'est une métrite chronique ou une inflammation péri-utérine, une ovarite, etc., qui s'opposent à l'emploi de toute espèce de moyen mécanique.

On trouve parfois la rétroversion jointe à l'antéflexion. Lorsqu'il en est ainsi, la portion intra-vaginale du col est presque toujours trop longue, et, souvent, sa partie supra-vaginale est indurée et très-sensible, immédiatement au-dessus de l'insertion de la paroi postérieure du vagin. Dans ces cas, il est impossible à la malade de porter un pessaire, à cause de la pression

qu'il exerce derrière le col. Je n'ai pas encore amputé un col dans ces circonstances, mais je suis très-certain que c'est ce qu'il y aurait de mieux à faire, si l'on voulait traiter la stérilité avec succès. J'ai pris l'habitude, dans ces derniers temps, de soigner ces cas obstinés par l'introduction toute simple d'un petit tampon de coton fin, ou, comme on dit en Angleterre, de coton en laine (ouate). J'en ai parlé plus haut, page 294.

Un pessaire de coton peut apporter beaucoup de soulagement, si le vagin est dans une condition normale. Pour le préparer, il faut avoir soin de ne pas déchirer le coton ; on en fait une masse compacte de la grandeur voulue, soigneusement liée par le milieu avec un fil assez fort, qui sert à le retirer avec facilité. On peut l'employer tout simplement ainsi, ou imprégné de glycérine, de tannin, ou de quelque autre substance, selon le besoin. S'il n'est imbibé d'aucune liqueur, il ne doit pas être porté plus de vingt-quatre heures. Il suffit de le conserver pendant le jour. Si l'on emploie la glycérine, on peut laisser ce pessaire-tampon deux ou trois jours, ou jusqu'à ce qu'il tombe. La glycérine est un désinfectant qui empêche le coton de contracter une mauvaise odeur. Il importe, pour la commodité de la malade, de lui apprendre à appliquer et à retirer elle-même le pessaire-coton ; j'ai inventé, dans ce but, un porte-tampon qui répond admirablement à ce objet.

La figure 114 représente le porte-tampon. La quan-

tité de coton nécessaire liée par le milieu avec un fil de huit ou dix pouces de long, est placée dans le porte-tampon. Après avoir fermé l'instrument, on l'introduit comme un spéculum ordinaire, la malade étant sur le dos ; il faut avoir soin de le pousser avec force sous le col utérin, dans la direction du cul-de-sac vaginal postérieur. Lorsqu'on est sûr qu'il ne pourrait être porté plus loin, sans faire mal, on pousse le piston en avant, et le tampon étant laissé en place, on retire l'instrument. Le fil préalablement attaché au coton pend au dehors du vagin et sert à ôter le tampon, quand cela est nécessaire. La seule objection qu'on puisse faire de nos jours au coton, c'est son prix élevé. L'étoupe est beaucoup moins chère et elle réussit assez bien. J'ai eu des malades qui ne pouvaient rester assez longtemps en traitement pour se faire guérir radicalement d'engorgements, etc., et qui, s'en allant avec un porte-tampon et des remèdes appropriés, faisaient elles-mêmes usage de l'instrument et s'en trouvaient bien, sans aucun secours.

Fig. 114.

J'en ai eu qui, atteintes d'hémorrhagies, parvenaient à les arrêter en appliquant elles-mêmes le tampon, au

moyen de cet instrument. Ordinairement elles avaient à charger le porte-tampon quatre, cinq ou six fois, en fixant un fil à chaque bourdonnet de coton ; au reste, je ne recommande l'emploi de cet instrument qu'aux malades éloignées de tout secours médical, et chez lesquelles la moindre perte de sang doit être soigneusement évitée.

J'ai eu dernièrement à soigner deux cas très-obstinés de rétroversion, dans lesquels aucun autre pessaire que celui de coton ne put être porté ; sans ce moyen, l'utérus, dans ces deux cas, se fut renversé à un angle de plus de 100 degrés de la ligne normale ; mais, ce pessaire ayant été introduit et pressé dans le cul-de-sac postérieur, il fut possible de maintenir commodément l'organe et chacune de ces malades conçut, pendant qu'elle en faisait usage. Il leur avait été recommandé d'appliquer le tampon le matin, en se levant, et de le retirer le soir en se couchant. Ce sont les seuls cas dans lesquels j'aie vu, jusqu'ici, la grossesse succéder à l'usage de cette sorte de pessaire. L'une de ces malades était une cliente de sir Joseph Olliffe. Nous essayâmes un grand nombre de pessaires et nous fûmes forcés de les abandonner tous pour recourir au pessaire-coton : on en connaît le résultat.

Il y a un an, j'incisai le col de l'utérus dans un cas de dysménorrhée où il y avait rétroversion, accompagnée d'antéflexion et d'élongation du col avec induration, et grande sensibilité de sa partie postérieure,

immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin. La dysménorrhée et l'engorgement de l'organe disparurent mais la rétroversion persista, avec son cortége de symptômes : douleur dans les hanches, sensations de tiraillements, etc. La sensibitité du col, lorsqu'on le pressait au-dessus du cul-de-sac postérieur, ne permit pas à la malade de supporter aucun des instruments que j'ai l'habitude d'employer en pareille circonstance; mais elle éprouva beaucoup de soulagement du tampon de coton. Elle m'écrit : « Le support utérin m'a fait, certes, beaucoup de bien. Je m'en sers aujourd'hui de deux jours l'un; le mois dernier je m'en servais tous les jours. Mon idée est qu'il a parfaitement réussi, et que je suis aussi bien qu'on peut être. »

Fig. 115.

Quelquefois le porte-tampon large et plat, ci-dessus figuré, est difficile à introduire, même chez les femmes qui ont eu des enfants. J'ai alors été forcé d'avoir recours à un porte-tampon fait d'après le modèle ci-contre (fig. 115). Le coton, qui doit être convenablement préparé, est introduit dans le bout ouvert de l'instrument, et on l'applique de la manière précédemment indiquée.

Procidence. — Chaque fois que le col de l'utérus a franchi l'ouverture du vagin, il y a procidence, peu importe que la partie qui dépasse soit ou non considérable. Ainsi une procidence peut être complète ou incomplète :

elle est complète quand le vagin est renversé et prolapsé à l'extérieur ; elle est incomplète quand le col de l'utérus seul est descendu, sans entraîner le vagin avec lui. Ce n'est qu'accidentellement que nous voyons le col seul se projeter d'un pouce ou deux entre les lèvres et rester ainsi stationnaire pendant longtemps; ordinairement le prolapsus augmente, jusqu'à ce que l'utérus ait définitivement passé tout entier par la vulve, où il forme une tumeur d'un grand volume qui présente à sa partie inférieure le museau de tanche souvent ulcéré et saignant. Cette tumeur est une véritable masse herniaire constituée quelquefois par l'utérus tout entier, mais le plus souvent par son col qui présente une élongation, par le bas-fond de la vessie, et parfois par l'intestin, avec le vagin renversé qui lui sert d'enveloppe extérieure.

La figure 116 représente une procidence incomplète; c'est un type de sa classe. (Voyez le cas du docteur Bennet, page 263.)

La figure 124 représente une procidence complète, qui peut être regardée comme le type de sa classe.

Bien des conditions particulières doivent se réunir pour produire un résultat aussi opposé aux desseins de la nature. Ainsi, il faut toujours que l'arcade du pubis soit large, que ses branches soient très-divergentes et que le périnée soit relâché; il faut aussi que l'axe de l'utérus soit tourné en arrière sur une ligne correspondante à celui du vagin et à l'ouverture du bassin; en

un mot, il faut qu'il y ait rétroversion. L'existence d'une antéversion, quelles que soient d'ailleurs les circonstances qui l'accompagnent, rend toute procidence impossible. Nous voyons parfois la procidence résulter de la pression anormale d'une masse irrégulière de

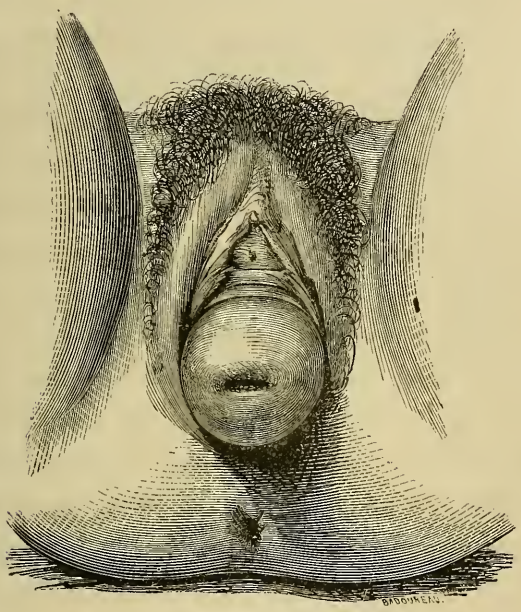

Fig. 116.

tumeurs fibreuses qui remplissent le bassin et pèsent sur l'utérus ; mais elle ne peut, même dans ce cas, se produire sans la coopération des accidents que je viens de citer.

Dans les cas de procidence fort ancienne, le vagin, longtemps exposé à l'air, se dessèche et prend en quelque sorte une apparence dermoïde. C'est l'opinion de

beaucoup de médecins, que le col de l'utérus est le premier à sortir, qu'il avance incessamment, comme un coin, pour ouvrir les parties par lesquelles toute la masse doit descendre. Je ne puis affirmer qu'il n'en soit pas ainsi, au début; mais je peux dire avec la plus grande confiance qu'il n'en est pas de même, dans la grande majorité des cas, quand les procidences deviennent chroniques.

Dans une procidence ancienne, le vagin atteint des proportions énormes, par suite de l'expansion constante qu'il subit sous l'action dilatante des parties qui font hernie. Pour reconnaître dans quel ordre se fait l'abaissement dans un cas de cette espèce, il faut qu'après avoir replacé les parties dans leurs relations normales, la malade, debout ou sur le dos, les fasse sortir de nouveau; on verra alors la paroi antérieure du vagin descendre la première contre le périnée sous la forme d'une cystocèle; un léger effort la poussera au delà de la vulve, et le col suivra immédiatement, en entraînant la paroi postérieure du vagin. Si l'on veut réduire une procidence avec facilité, il faut renverser cet ordre; repousser d'abord le cul-de-sac postérieur, puis le col; la paroi antérieure du vagin et la vessie suivront tout naturellement.

La figure 117 est faite d'après la photographie d'une malade du docteur Thierry-Meig, de Paris; elle représente un cystocèle à sa première période de procidence. Un petit effort, de la part de la malade, suffisait pour

effectuer sa sortie complète. C'était une Allemande, balayeuse, âgé de vingt-trois ans, mère de trois enfants, dont le plus jeune avait cinq mois. Elle portait cette procidence depuis ses dernières couches, et de plus,

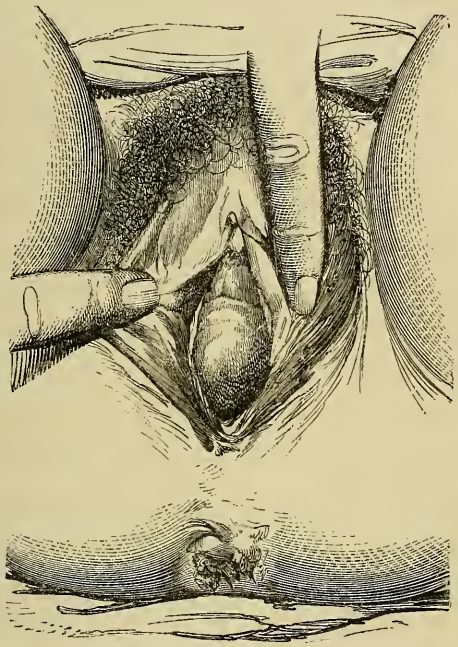

Fig. 117.

elle avait des hémorrhoïdes, comme on le voit dans la gravure.

Quelquefois on trouve le col intra-vaginal allongé, mais le plus souvent l'élongation affecte la partie supra-vaginale. D'autres fois, on voit un prolapsus complet de l'utérus à travers la vulve. Cependant je n'ai ren-

contré qu'un petit nombre de cas de cette sorte. L'un d'eux me fut montré par le docteur Chepmelle, de Paris. C'était chez une demoiselle, âgée de quarante ans, sujette à cette infirmité depuis douze ou quinze ans, et qui souffrait beaucoup de rétention d'urine, et des autres symptômes ordinaires de cette affection. M. Chepmelle me dit qu'il avait plusieurs fois trouvé la procidence entourée, vers le col, par un sillon ulcéré qui semblait confiner aux limites du sphacèle résultant des obstacles opposés à la circulation. Ce que cette malade avait surtout de particulier, c'est que l'utérus n'offrait qu'un pouce et demi de profondeur. Plusieurs médecins éminents l'avaient déjà visitée ; ils pensaient que le canal utéro-cervical était obstrué à cette profondeur par quelque obstacle physique qui s'opposait à ce que la sonde pénétrât plus avant. Il fut aisé de résoudre cette question, par la palpation seule, pendant que l'utérus était encore dans le bassin. Lorsqu'il redescendit, il traversa entièrement la vulve, et je pus sans difficulté le prendre entre les deux mains, en passant l'index d'une main dans le rectum, et le saisissant au-dessus du fond, tandis que, de l'autre, j'exerçais une pression sur le front de la tumeur, juste au-dessous de l'urèthre. Je parvins même à pousser le fond en bas et en arrière, à travers le grand axe de la procidence ; ce mouvement me donna de grandes facilités pour diagnostiquer le contenu de cette grande projection herniaire constituée par l'intestin, aussi bien que par l'uté-

rus et la vessie. Dans ce cas, le vagin était immense, le périnée très-relâché, et les branches du pubis extrêmement divergentes.

Mais tandis que nous ne rencontrons qu'accidentellement des procidences associées à un utérus de grandeur normale où même moindre, nous en trouvons souvent dans lesquelles il existe une hypertrophie de quelque partie de cet organe. Par exemple, il peut y avoir hypertrophie du col, ou simplement élongation de sa partie intra-vaginale. Dans le premier cas, le corps de l'utérus peut avoir des proportions normales ; dans le second il est plus sujet à s'hypertrophier. D'autres fois le col est allongé dans ses deux segments, au-dessous comme au-dessus de l'insertion du vagin.

Dans ces cas d'élongation, il arrive souvent que le canal utéro-cervical présente une profondeur de quatre et cinq pouces ; la partie supra-vaginale est grêle, amoindrie et pas plus grosse que le doigt, comme on peut en juger par le toucher rectal. Cette élongation, évidemment secondaire, est, je le crois, une suite de la procidence, car on la trouve plus souvent dans les cas où le fond de l'utérus, pour une cause ou pour une autre, est trop volumineux pour sortir du bassin. Si le corps de l'utérus sort du bassin, il n'y a pas d'élongation supra-vaginale ; elle existe dans le cas contraire, par la raison la plus simple. Supposons que le col de l'utérus se projetant par la vulve, le fond, pour une

cause quelconque, ne puisse suivre et reste en quelque sorte fixé dans le bassin par un développement hypertrophique ou fibreux, une fois que le col aura traversé la vulve, la pression qui l'entoure et le foule, force bientôt les deux culs-de-sac à descendre, et de fait, à former une hernie. Celle-ci, augmentant de plus en plus de volume, et l'utérus, retenu dans la cavité pelvienne, devenant un des points d'appui principaux de cette masse suspendue au col, ce dernier, loin de s'hypertrophier, s'atténuera, s'allongera, prendra l'apparence d'une corde, et ne conservera pas plus de la moitié de son volume normal. Cette élongation est graduellement produite par ces deux forces antagonistes : l'une qui agit sur le corps de l'utérus pour le retenir dans la cavité pelvienne, l'autre sur l'extrémité inférieure du col pour le faire descendre.

Lorsque la procidence est due à une masse de tumeurs remplissant la cavité pelvienne et refoulant l'utérus, comme je l'ai vu dans plusieurs cas, on ne peut pas, j'ai le regret de le dire, promettre beaucoup de soulagement.

La figure 118 représente une procidence de plus de vingt ans d'existence, chez une femme de près de soixante-dix ans, dont le bassin était rempli par un grand nombre de petits fibroïdes durs comme des os. Une grosse tumeur ne produit pas aussi facilement la procidence que plusieurs petites réunies et de la grosseur d'une orange à celle du poing. Cela tient à ce

qu'une seule tumeur peut devenir assez volumineuse pour s'élever au-dessus des bords du bassin et s'y reposer, tandis que plusieurs petites s'accommodent de la cavité pelvienne et déplacent tout ce qui peut nuire

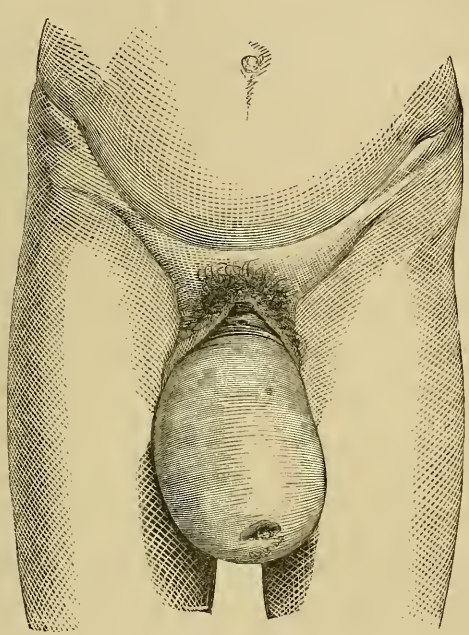

Fig. 118.

à leur développement. La procidence dont je parle est la plus volumineuse que j'y aie jamais vue; elle descendait presque à la moitié des cuisses, et contenait une grande partie de l'intestin. Lorsqu'elle était réduite, la malade se trouvait moins bien que lorsqu'elle était dehors; cette raison nous empêcha de rien tenter pour son soulagement.

M. Huguier a écrit d'une manière fort étendue sur la procidence de l'utérus, et je crois qu'il a été le premier à signaler les caractères distinctifs de ses particularités anatomiques. Il a trouvé l'élongation du col dans tous les cas, soit au-dessus, soit au-dessous de l'insertion du vagin ; et il en a proposé et fait l'amputation avec un grand succès. Si le lecteur veut des renseignements particuliers sur ses idées, je le renverrai à son mémoire (1).

Je n'ampute le col que lorsque son segment inférieur, trop gros ou trop long, se projette assez loin dans le vagin pour présenter un obstacle matériel au maintien de l'utérus, après sa réduction. Cela suffit dans quelques cas, tels que celui que rencontra le docteur A. K. Gardner, de New-York, qui amputa un col du poids de quatre onces, deux gros, deux scrupules (environ 133 grammes). C'est peut-être « le plus volumineux dont on ait fait l'ablation » (2). Après l'opération, dit M. Gardner, « l'organe remonta très-haut dans le vagin et il fallut, pour arrêter une hémorrhagie persistante, le faire redescendre avec des érignes » . Ordinairement, tous les cas semblables à celui-ci sont aisément guéris par l'amputation, et, c'est en général, la seule chose

(1) *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation de cet organe, et sur leur traitement par la résection ou l'amputation de la totalité du col, suivant la variété de la maladie,* par P. C. Huguier, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, J. B. Baillière, 1860.

(2) *Amputation of the Cervix Uteri,* by A. K. Gardner, M. D., prof., etc.

qu'il y ait à faire. Mais ce n'est point là un type de la grande classe des cas que nous sommes appelés à traiter. L'amputation est applicable lorsqu'il y a élongation de la partie infra-vaginale du col; elle est inutile, au contraire, quand la procidence existe, comme cela se voit souvent, sans élongation extraordinaire de cette partie.

Dans ces cas, M. Baker Brown, le docteur Savage, et d'autres, resserrent l'orifice de la vulve par l'opération du périnée; mais, en général, je préfère rétrécir le vagin lui-même, au-dessus de la vulve, ce qui, d'ordinaire, retient très-efficacement l'utérus dans une position qui ressemble assez à celle qu'il occupe normalement dans le bassin.

L'idée de rétrécir le vagin n'est point nouvelle ; nous en sommes redevables, je crois, à Marshall Hall. Je ne pense pas, toutefois, que cette opération ait jamais réussi jusqu'à nos jours, et les succès qu'on obtient aujourd'hui sont entièrement dus aux sutures métalliques.

Je me propose d'exposer ici, en peu de mots, comment je suis arrivé au procédé opératoire que je préfère.

En 1856, les docteurs Warren Stone et Axson, de la Nouvelle-Orléans, m'envoyèrent une de leurs malades, qui, depuis trois ans, avait une procidence. Elle était âgée d'environ trente ans, grande, élancée, osseuse ; et elle avait joui d'une bonne santé, jusqu'à l'épidémie

de fièvre jaune de 1853, à la Nouvelle-Orléans. Un travail excessif et la fatigue qu'elle éprouva, comme nourrice, pendant cette terrible épidémie, la laissèrent avec une hernie inguinale double et une procidence complète de l'utérus. J'ai rarement observé un cas plus affligeant. Elle portait un bandage double pour les hernies, et, pour la procidence, le plus gros pessaire globuleux, que j'aie jamais vu. Mais ce pessaire, malgré son immense volume, car il n'avait pas moins de 9 pouces de circonférence, s'échappait constamment du vagin, et cela à des moments fort inopportuns, en dépit de tous les bandages. J'ajustai un pessaire à tige et un bandage en T, qui retinrent les parties dans le bassin. En deux mois la malade avait repris près de 25 livres d'embonpoint et était à la veille de retourner chez elle, munie de bandages très-incommodes, quand je lui demandai si elle n'accepterait pas une opération chirurgicale qui nous permettrait de la délivrer du pessaire et du bandage. « Oh ! oui, » répondit-elle promptement.

Jusque-là j'avais l'habitude de faire l'opération du périnée d'après la méthode de M. Baker Brown, et tantôt pour une raison, tantôt pour une autre, je n'avais pas été heureux. Le docteur Emmet et moi pensions qu'il nous était difficile d'espérer ici plus de succès que nous n'en avions obtenus précédemment. C'était la première fois que j'avais eu une bonne occasion d'observer et d'étudier la manière dont la procidence se

produisait. Après avoir réduit l'utérus et l'avoir laissé redescendre, ce qui arrivait toujours très-promptement quand la malade se tenait debout, je remarquai, comme je l'ai dit plus haut, que la descente ne commençait pas par la projection du col de l'utérus, mais invariablement par la chute de la paroi antérieure du vagin, qui toujours précédait le col et tirait avec elle l'utérus. Je vis que cette cystocèle n'était qu'une autre hernie (la malade avait une double hernie inguinale), et je m'aperçus qu'elle ne pouvait plus la forcer à descendre, dès que l'extrémité de l'index était porté dans le cul-de-sac antérieur. Alors, faisant un pli longitudinal à la paroi antérieure du vagin, au moyen de deux ténaculums ou d'une paire de pinces, je reconnus que les parties n'avaient plus aucune tendance à descendre, et qu'il était impossible à la malade de les projeter en bas, tant que j'empêchais de cette manière la paroi antérieure du vagin de s'abaisser. De là me vint l'idée de retrancher la portion exubérante de la paroi antérieure du vagin ; mais je ne songeai pas à n'enlever simplement que des bandes de la membrane muqueuse de ce canal. Je proposai à cette dame de faire une fistule vésico-vaginale complète, en retranchant à la fois; pour ainsi dire, une grande portion de la base de la vessie avec la paroi antérieure du vagin. Elle y consentit, et je soumis mon plan d'opération au bureau de consultation de l'hôpital, qui l'adopta. Le vagin et son ouverture étaient énormes.

Il présentait à peu près les proportions que l'on voit dans la figure 119, lorsque la malade était placée sur les genoux ou sur le côté, le périnée se trouvait sou-

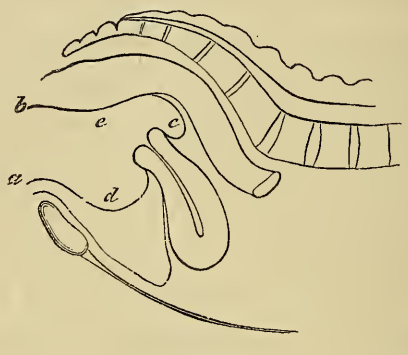

Fig. 119.

levé par la valve du spéculum. La mensuration effectuée à plusieurs reprises par le docteur Emmet et moi, donna les dimensions suivantes : du méat urinaire au périnée, de *a* à *b*, quand celui-ci était tiré en arrière par le spéculum, trois pouces ; du méat urinaire au cul-de-sac postérieur, de *a* à *c*, cinq pouces et un quart; le diamètre transversal, dans la partie la plus large, avait cinq pouces et un quart, et trois pouces et demi de la paroi antérieure à la paroi postérieure, de *d* à *e*.

Me proposant d'exciser la paroi antérieure du vagin je la saisis avec un ténaculum au point *d*, et l'attirai vers la paroi postérieure *e*, puis, saisissant la base de la masse ainsi élevée avec une paire de pinces recourbées, faites tout exprès sur le principe de la pince à phimosis de M. Ricord, je pus fixer et embrasser soli-

dement les parties et les couper avec des ciseaux, au-dessous de la pince, de manière à retrancher d'un seul coup une notable portion de cette paroi vaginale antérieure. La portion excisée était fort épaisse et elle mesurait deux pouces et demi de large sur deux pouces et cinq huitièmes de long. Le trou qui résultait de cette opération était effrayant, et la rétraction latérale des bords divisés était telle que quiconque les eût regardés superficiellement eût pu craindre qu'il ne fut très-difficile de les rapprocher par des sutures. Je n'éprouvai cependant aucun embarras.

La figure 120 représente une des branches de la

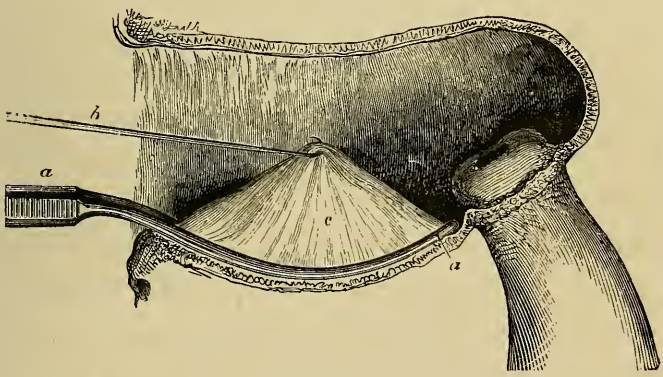

Fig. 120.

pince vue de côté, au moment où elle enserrait la portion *c* à retrancher. L'écoulement de sang fut peu abondant ; toutefois, je remplis aussitôt le trou avec du coton, pour arrêter l'hémorrhagie par la pression. Quelques minutes suffirent pour cela. Alors, le tampon

fut retiré afin de réunir les bords de l'ouverture par des sutures transversales. Ma joie seule put égaler ma surprise, quand je reconnus que je n'avais pas réussi à faire ce que je m'étais proposé. En effet, au lieu d'exciser la base de la vessie avec la paroi antérieure du vagin, n'ayant soulevé avec le ténaculum et saisi entre les branches de la pince que le tissu hypertrophié du vagin, je n'avais fait, par un grand bonheur, que le séparer de la membrane de la vessie, qui était restée intacte. Ainsi, il arriva que, par un pur hasard, l'opération fut mieux faite que si j'eusse réussi à l'exécuter telle que je me l'étais proposé.

La figure 121 représente à peu près les proportions du tissu vaginal retranché. Les bords latéraux furent rapprochés longitudinalement par sept ou huit sutures d'argent passées transversalement, comme on le voit dans le dessin. La malade promptement rétablie, se porte très-bien aujourd'hui, et l'opération qu'elle a subie date de neuf ans. Le bon résultat que j'obtins dans ce cas m'amena dans la suite à opérer par simple dénudation de l'épithélium vaginal, dans la même étendue que ci-dessus. La première objection à faire à cette méthode, repose sur ce que la scarification, nécessairement lente, laisse perdre beaucoup de sang; la seconde, sur le danger d'un abcès résultant de ce que le centre de la partie dénudée ne se trouve pas embrassé par les sutures. On voit par exemple, en se reportant au dessin, que les sutures étant serrées de

manière à ramener les bords extérieurs en contact, la portion centrale du tissu dénudé non comprise par

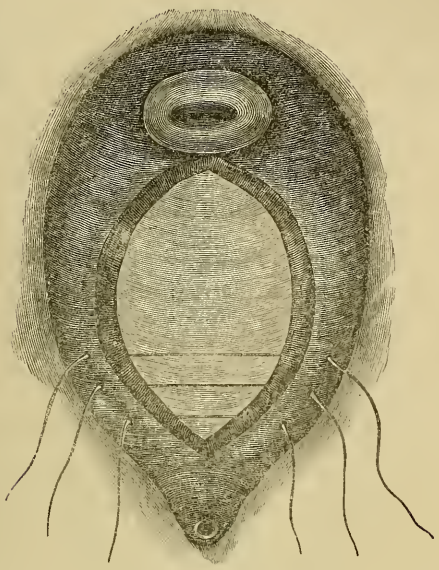

Fig. 121.

elles, forme nécessairement un pli qui creuse une sorte de sillon longitudinal le long du bas fond de la vessie. Je fus d'abord effrayé de ce que ce tissu mou, relâché, ne pouvait être maintenu assez fermement pour permettre une réunion par première intention ; et il arriva une fois qu'il se forma un abcès qui donna naissance à un trouble constitutionnel. Mais, la nature et le siége du mal étant connus, l'enlèvement d'une des sutures à l'angle supérieur de la plaie, près du col de l'utérus, amena promptement l'évacuation du pus et remédia à

toutes les souffrances. Je continuai à suivre ce mode opératoire, continué jusqu'en 1858; à cette époque, une vieille femme, qui souffrait d'une énorme procidence depuis douze ou quinze ans, fut envoyée à l'Hôpital des Femmes par le docteur Duane, de Schenectedy. C'était certes un très-mauvais cas. J'opérai par la méthode de dénudation de la membrane muqueuse sur une surface qui s'étendait du col de la vessie au col de l'utérus, et présentait deux pouces et demi de diamètre dans sa partie transversale la plus large; les bords latéraux furent réunis par des sutures d'argent, et les parties guérirent convenablement. Mais je n'avais pas enlevé une assez grande quantité de tissu, et une cystocèle considérable était restée. J'étais presque sûr que le mal originel se reproduirait, si la malade ne portait pas constamment un pessaire quelconque. En conséquence, je lui en préparai un, et la renvoyai chez elle dans un état très-satisfaisant. J'étais content, ainsi que la malade; mais, quand elle fut de retour chez elle, le médecin qui l'avait soignée avant qu'elle eût consulté le docteur Duane, tourna en ridicule l'idée de sa guérison par une opération chirurgicale, dès qu'elle était toujours dans la nécessité de porter un pessaire. Aussi, quoiqu'elle fût parfaitement bien, elle revint deux ou trois mois après, et demanda à rentrer à l'hôpital. Elle désirait simplement, dit-elle, prouver à son médecin qu'elle pouvait être guérie par une opération, de manière à n'être plus forcée de porter

un pessaire. Sa résolution excita mes facultés inventives, et ce fut alors que j'imaginai un autre mode d'opération. Par exemple, au lieu de dénuder largement la paroi antérieure du vagin, comme je l'avais fait auparavant, je taillai simplement dans la membrane muqueuse une sorte de V (fig. 122, *a*, *b*), dont la pointe

Fig. 122.

se dirigeait près du col de la vessie et dont les deux bras se prolongeaient jusque sur les côtés du col de l'utérus. Ces deux surfaces dénudées, réunies par des sutures d'argent passées transversalement, formèrent un pli longitudinal qui rétrécit le vagin et refoula le col en arrière. Cette simple opération a été renouvelée

plusieurs fois, et toujours avec succès, par le docteur Emmet et par moi, à l'Hôpital des Femmes, de 1858 à 1862, époque où je quittai New-York.

A Paris, j'ai eu occasion de la faire pour sir Joseph Olliffe, sur une vieille femme âgée de soixante-cinq ans, qui, depuis vingt ans, avait une procidence. Les parties furent réunies, et l'utérus remis en place; la malade retourna chez elle au bout d'une quinzaine de jours. Sa santé générale était fort affaiblie, par suite d'une longue résidence dans l'Inde. Deux mois après, la cicatrice s'étant graduellement rompue, la procidence reparut. C'est le premier et le seul cas d'insuccès que j'aie jamais vu à la suite de ce procédé. L'opération fut recommencée, mais, cette fois, au lieu d'une dénudation en forme de V, je lui donnai la forme d'une truelle, ainsi qu'elle est représentée à la figure 123, la pointe en bas, l'épaulement en haut du cul-de-sac antérieur. Les surfaces dénudées *a c* et *b d* furent réunies par des sutures d'argent transversales. Une petite portion du tissu fut laissée non dénudée au point *c*, entre *c* et *d*, afin de permettre l'écoulement des sécrétions qui se forment naturellement dans la poche fermée *f*.

Quoique cette malade fût une mangeuse d'opium, et qu'elle eût de fréquentes attaques de diarrhée, suite ordinaire de l'usage immodéré de cette drogue, l'opération réussit, et, depuis, l'utérus est toujours resté dans sa position normale. Cette dernière opération fut faite avec l'assistance de sir Joseph Olliffe, du docteur

Johnston, de Paris, et du professeur Pope, de Saint-Louis.

Le docteur Emmet (1) a récemment appelé l'attention sur une source de désordre qui se produit à la suite de l'opération faite par une simple dénudation en forme de V, comme dans la figure 122. « Avant le départ du

Fig. 223.

docteur Sims pour l'Europe, en 1862, dit-il, nous avions tous les deux opéré fréquemment, sans prévoir qu'il pût être nécessaire de modifier notre procédé.

» En septembre 1862, après trois mois de grandes

(1) *New York Medical Journal*, vol. 1, n° 1, avril, 1865. « *A Radical Operation for Procidencia Uteri* », par Thomas Addis Emmet, M. D., chirurgien à l'Hôpital des Femmes.

souffrances, une des premières malades opérées par le docteur Sims, d'après cette méthode, se présenta à l'hôpital pour être soignée. Elle déclara que, pendant quatre années, elle avait été complétement délivrée de son mal par l'opération qu'elle avait subie, quand, tout à coup, en se haussant, elle fut saisie d'un ténesme persistant, qui s'aggravait beaucoup quand elle se tenait debout.

» A l'examen, la ligne de réunion fut trouvée parfaite, sans prolapsus de la paroi vaginale. Mais le col de l'utérus s'étant glissé derrière le septum dans la poche, avait rejeté le fond dans la cavité du sacrum, et l'organe se trouvait fixé dans cette position. Le col ne fut dégagé qu avec de grandes difficultés ; mais dès que l'utérus fut revenu à sa position normale, la malade éprouva du soulagement, et elle guérit sans autre traitement. »

Après cela, le docteur Emmet se mit en quête de deux malades qu'il avait opérées dix-huit mois auparavant. Il trouva chez l'une et l'autre l'utérus en rétroversion, le col reposant derrière la poche faite par la réunion des deux surfaces dénudées *a b*, figure 122. Pour remédier à cet inconvénient, dans ses opérations ultérieures, il dénuda simplement la membrane muqueuse du vagin sur une ligne allant d'un côté à l'autre du cul-de-sac, entre les deux extrémités, comme l'indiquent les lignes pointées *c* de la figure 122, ce qui forme un triangle régulier ayant son sommet au col de

la vessie et sa base au col de l'utérus. En janvier 1864, le docteur Emmet opéra une malade ingouvernable, qui, pendant la nuit après l'opération, « se leva et se promena dans la salle pendant plusieurs heures, et continua, en dépit des remontrances, à suivre ses caprices. Le douzième jour, on découvrit que quatre sutures (près du col de la vessie) s'étaient détachées, et qu'une partie du bas-fond de la vessie s'échappait de nouveau. Toutes les sutures furent alors retirées, et tout espoir de succès fut abandonné. On avait constaté auparavant, en examinant la malade, que toute la ligne de réunion s'était graduellement rompue, à l'exception de la partie qui avait été dénudée en travers, au devant du col de l'utérus. Le pli ainsi formé avait retenu l'organe parfaitement en place, comme dans une fronde, quoique au-dessous il existât une cystocèle. L'expérience future démontrera jusqu'à quel point on pourra compter sur ce pli ; mais il est évident, dès aujourd'hui, qu'en beaucoup de cas, il suffira pour retenir l'utérus en place. »

Il est toujours bon de porter son attention sur la manière dont les vrais principes d'un traitement s'établissent. L'idée de guérir les procidences par le rétrécissement du vagin fut d'abord suggérée par Marshall Hall, mais j'ignore si l'opération réussit jamais. Plus tard j'émis le principe de retrancher la totalité de la partie exubérante de la paroi antérieure du vagin (fig. 120), et bientôt je modifiai cette opération en

dénudant simplement une large surface ovale sur la paroi antérieure et en réunissant les bords latéraux par des sutures d'argent. Ce mode opératoire fut encore modifié par la suite : je fis une scarification en forme de V (fig. 122), qui produisit un pli véritable dans la paroi vaginale ; enfin, j'en vins à donner à ce V la forme d'une truelle, en repliant ses bouts supérieurs en travers de l'axe du vagin : c'est le cas de sir Joseph Olliffe (fig. 123). Après cela, nous avons vu le docteur Emmet former un triangle complet, lorsqu'un accident vint lui démontrer qu'un simple rétrécissement du vagin au cul-de-sac antérieur avait suffi, au moins dans un cas, à maintenir l'utérus en place.

L'exécution matérielle de cette opération est une chose délicate, mais non difficile. Supposons que nous ayons un cas pareil à celui que représente la figure 124, type de sa classe, et que nous nous proposions de rétrécir le vagin pour maintenir les parties dans leurs relations normales. Nous pourrions croire, à priori, que l'utérus étant ainsi en procidence, l'opération devrait se faire avec plus de facilité et d'exactitude ; mais ce serait là une grande erreur. Il faut, avant tout, que l'utérus soit ramené à sa position naturelle ; et, si le museau de tanche est ulcéré, comme dans ce cas, ou si le vagin, desséché, rugueux, a pris l'apparence de la peau, il faut faire des applications de glycérine à l'aide d'un tampon de coton, jusqu'à ce que, les ulcérations étant guéries, le vagin ait repris une apparence plus

normale. Après quoi, on peut procéder à l'opération. Pour cela, la malade est placée sur le côté gauche, comme je l'ai dit si souvent déjà, et mon spéculum est

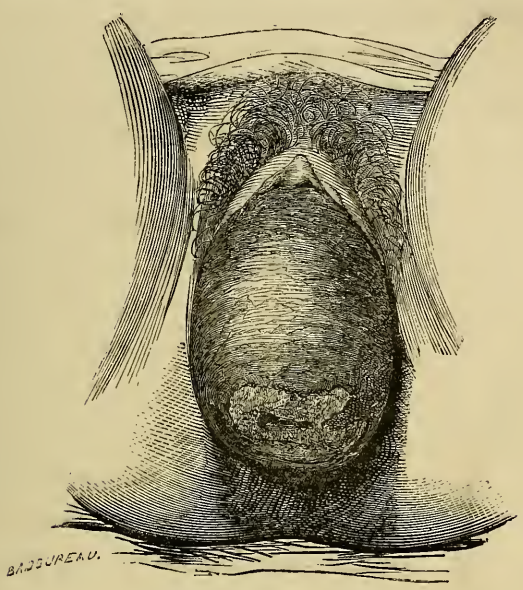

Fig. 124.

introduit pour tirer en arrière le périnée et la paroi postérieure du vagin. Il est facile alors de prendre une idée exacte des dimensions du vagin largement distendu ; puis, au moyen d'un petit ténaculum fixé à la surface de la membrane muqueuse, de chaque côté de la ligne médiane de la paroi antérieure, on rapproche ces surfaces, et l'on détermine ainsi l'étendue qu'il convient de donner, de l'un et de l'autre côté, à la dénudation du tissu. J'éprouvai d'abord quelque embarras à faire les deux bras du V équilatéraux : quel-

quefois l'un divergeait de la ligne médiane un peu plus que l'autre; mais cette difficulté fut surmontée par l'emploi d'une sonde utérine ordinaire malléable, courbée comme celle qui est représentée par la figure 125 ci-contre. Sa convexité repose sur la ligne médiane de la paroi antérieure, son extrémité pousse en arrière le col de l'utérus, tandis que sa contre-courbure se trouve en contact avec l'urèthre.

Fig. 125.

En poussant ainsi le col de l'utérus directement en arrière, tandis que la paroi antérieure du vagin se trouve déprimée au centre, la courbure de la sonde se trouve cachée sous les plis latéraux formés par la muqueuse, lesquels plis, en se réunissant sur la ligne médiane, nous indiquent avec précision le point où le tissu doit être retranché, afin de réunir ensuite ces parties qui peuvent ainsi être si facilement et si naturellement mises en contact.

Dans ces conditions, il est très-aisé de dénuder deux surfaces d'un tiers de pouce de large ou plus, s'étendant presque en lignes parallèles, du col de la vessie aux deux côtés du col de l'utérus. Pour faire la ligne transversale de dénudation qui rejoint entre elles les extrémités supérieures des deux bras du V, j'enlève la sonde courbe, et j'attire le col en bas avec un petit

ténaculum. Il faut avoir soin de ne pas faire les bras du V trop divergents, en même temps qu'on évite qu'ils ne soient trop rapprochés. Ils doivent, lorsqu'ils sont réunis par les sutures, réduire la cystocèle sans exercer sur les tissus une extension trop forte. Ai-je besoin de dire qu'il faut passer les sutures transversalement, en commençant par en bas, comme le représente la figure 121 ; et que l'utérus doit être poussé en arrière, avec la sonde, jusqu'à ce que nous soyons arrivés à passer les sutures les plus rapprochées de son col. Il est nécessaire que les sutures embrassent tout le tissu dénudé *cd*, à l'exclusion de la portion *e* non dénudée (fig. 123), où il est très-important, je crois, de laisser, comme je l'ai dit plus haut, un canal pour l'écoulement des sécrétions normales de la poche *f*.

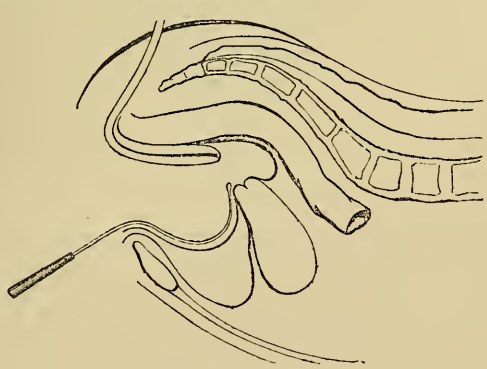

Fig. 126.

La figure 126 représente le spéculum en position et la sonde courbe poussant le col en arrière et déprimant la paroi antérieure du vagin.

Le docteur Emmet recourbe le bout de la sonde en forme d'anneau destiné à entourer le col de l'utérus. Sir Joseph Olliffe me suggéra la même idée, quand j'opérai sa malade à Paris; mais, au lieu de cette sonde, j'employai simplement un petit ténaculum à fourche (fig. 125), qui fut fixé dans la membrane muqueuse, au point de réunion du cul-de-sac antérieur et du vagin. Cela permet de maintenir le col pendant tout le temps de l'opération dans la position représentée par la figure, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à fermer les sutures ; je dirai même que toutes doivent être étroitement serrées avant de retirer le petit instrument. La figure 127 le montre transperçant la membrane muqueuse, comme je viens de le dire, poussant le col en arrière, et déprimant la paroi antérieure du vagin; celle-ci retombe sur lui en replis volumineux, qui forment un sillon central profond, le long duquel la dénudation doit être faite dans une direction plus ou moins divergente, suivant les particularités et les nécessités de chaque cas particulier.

L'opération achevée, la malade est mise au lit, et l'on provoque la constipation pendant une semaine, en administrant quelques préparations opiacées. Il faut avoir soin de vider la vessie au moyen du cathéter, chaque fois qu'il en est besoin, pendant deux ou trois jours, et recommander à la malade de garder la position horizontale durant quelques semaines. Les sutures inférieures doivent être retirées au bout de huit ou dix jours ; les

supérieures restent une quinzaine, à moins qu'il n'y ait quelque raison particulière de les enlever plus tôt. On peut ordinairement congédier la malade un mois après

Fig. 127.

l'opération, quelquefois plus tôt. Je regarde cette opération comme l'une des plus sûres de la chirurgie; car je ne l'ai jamais vue suivie d'un accident sérieux, et, d'un autre côté, je ne connais qu'un cas dans lequel

elle ait échoué, celui de la malade de Sir Joseph Olliffe (page 366), qui fut guérie plus tard. J'ai pratiqué cette opération plusieurs fois sur des malades de plus de soixante ans ; deux en avaient même soixante-dix.

Quelquefois, comme dans les cas de rectocèle, il est nécessaire de rétrécir la paroi postérieure du vagin, aussi bien que la paroi antérieure. Alors j'aime mieux faire deux opérations, en laissant entre elles six ou huit semaines d'intervalle.

Je n'ai pas l'intention de mettre en parallèle ce procédé et la méthode périnéale appliquée à la réduction de la procidence. Je désire seulement ajouter une ressource nouvelle aux moyens que nous employons pour obtenir la guérison permanente de cette désespérante affection. Je dirai toutefois que je fus amené tout d'abord à me servir de ce procédé à la suite du peu de succès que j'obtins de l'opération du périnée ; non que l'opération en elle-même échouât jamais, mais parce que le nouveau périnée cédait souvent à la pression des parties qui pesaient sur lui. Au point de vue purement chirurgical, nous avons donc trois procédés, entre lesquels on peut choisir, en dirigeant toujours son choix, bien entendu, d'après les exigences particulières à chaque cas.

1° L'amputation du col selon la méthode de M. Huguier, lorsque la partie infra-vaginale est trop allongée. J'ai souvent vu la procidence guérir par cette opération seule. Le cas du docteur Bennett, rapporté page 263, en est un exemple.

2° L'opération périnéale, telle qu'elle est pratiquée par M. Baker Brown, le docteur Savage et d'autres.

3° Le rétrécissement du vagin par la dénudation de sa paroi antérieure, en forme de truelle ou de triangle, opération que je viens d'exposer ici et qui a été pratiquée par le docteur Emmet et moi.

Mais il se rencontre parfois des malades qui sont assez mal avisées pour repousser toute opération chirurgicale. Que faire alors? L'anneau de Meigs et le levier de Hodge ne procurent aucun bien; globes, disques, capsules à air, tout échoue. Le pessaire de Zwang est le seul appareil mécanique qui promette quelque bienfait; encore ne peut-il être supporté chez les vieilles femmes, à cause de l'excessive délicatesse de la membrane muqueuse du vagin, après l'âge critique; car, à mesure que la vie s'avance, tout corps étranger devient, pour cet organe, de plus en plus intolérable. Dans ces circonstances, le meilleur pessaire est tout simplement un petit tampon de coton, imbibé de glycérine, qu'on introduit le matin pour le porter toute la journée. Le porte-tampon figuré page 345, permet à la malade de le placer elle-même assez facilement.

En avril 1865, le docteur Johnston, de Paris, me pria de visiter une blanchisseuse, d'environ quarante ans, affectée de procidence, avec hypertrophie considérable du col utérin, qui n'avait pas moins de deux pouces de diamètre. Cette hypertrophie paraissait due à ce que de nombreux petits kystes, de la grosseur d'un

grain de blé à celle d'un pois de jardin s'étaient développés dans la substance du col. Quinze à vingt de ces petits kystes étaient ouverts et laissaient couler un fluide visqueux ressemblant à du miel. Après avoir replacé l'utérus, on appliqua un tampon de coton imbibé d'une solution de tannin mêlée à de la glycérine, et ce pansement fut répété de deux jours l'un, pendant un mois ou deux; alors la malade se trouva si bien, qu'elle ne voulut pas acheter une guérison radicale au prix d'une opération. Lorsqu'elle suspend l'usage du tampon, la procidence se reproduit chaque fois qu'elle soulève un corps pesant, ou qu'elle fait une longue marche; mais elle peut aujourd'hui prévenir cet accident, en appliquant le pessaire-coton au moyen du porte-tampon.

En 1853, le professeur Fordyce Barker, du collége médical de l'hôpital de Bellevue, écrivit un mémoire sur le traitement de la procidence par l'usage des tampons imbibés d'une solution de tannin. Cette méthode eut entre ses mains un succès considérable, mais elle paraît être tombée en désuétude. Peut-être le porte-tampon, comme dans le cas ci-dessus, aiderait-il à faire revivre cette pratique. Lorsque les malades ne veulent pas se soumettre à une opération radicale, je ne doute pas que cette méthode ne produise un bon résultat, même si elle ne guérit pas la maladie d'une manière permanente.

En 1865, j'eus l'honneur de présenter à la Société

d'accouchements un mémoire sur la procidence, qui fut l'objet d'une discussion étendue dans la séance de novembre. Dans cette réunion, M. Spencer Wells appela mon attention sur ce fait que l'idée émise par Marshall Hall, de rétrécir le vagin, a été mise en exécution par feu M. Heming, et qu'un cas au moins a été opéré avec succès. On trouvera la relation de cette opération dans la traduction d'Heming par Dugès et Boivin (1834), page 53, à la date du mois de novembre 1831. Je suis heureux de faire cette correction.

CHAPITRE VI

LE VAGIN DOIT ÊTRE EN ÉTAT DE RECEVOIR ET DE RETENIR LE FLUIDE SPERMATIQUE.

Nous nous proposons ici de passer en revue les obstacles qui s'opposent habituellement à l'introduction de la semence dans le vagin, ainsi que les conditions qui l'empêchent d'y être retenue et d'y séjourner; car il ne suffit pas qu'elle soit déposée, il faut encore qu'elle ne soit pas immédiatement expulsée.

Les obstacles ordinaires à son introduction sont le plus souvent anatomiques ou mécaniques, et peuvent être rangés sous les titres suivants :

1° Imperforation complète ou presque complète de l'hymen;

2° Vaginisme, c'est-à-dire hyperesthésie de l'hymen avec contraction spasmodique du sphincter du vagin;

3° Atrésie du vagin;

4° Absence du vagin.

I. Nôtre littérature médicale contient l'histoire de plusieurs faits dans lesquels l'hymen était assez épais pour résister à tous les efforts de pénétration; elle en

cite même plusieurs dans lesquels cette membrane, complétement imperforée, retenait le flux menstruel. Il est assez singulier que je n'aie jamais rencontré aucune de ces dispositions anormales.

Tous les cas d'impénétrabilité qui se sont présentés à moi, étaient des exemples de vaginisme où l'obstruction ne provenait pas de la simple résistance de l'hymen, mais d'un spasme du muscle sphincter résultant de l'irritabilité de cette membrane.

Si l'hymen absolument imperforé retient les menstrues, il est assez facile d'y remédier et de provoquer l'issue du sang excrété, en pratiquant une incision cruciale, selon l'expression consacrée; mais c'est contre cette incision que je veux sérieusement prémunir les praticiens inexpérimentés; car, si l'opération est simple, elle est malgré cela pleine de dangers, moins par elle-même que par les suites qui peuvent résulter de l'évacuation rapide du fluide retenu. Toutes les fois qu'il est nécessaire de faire une opération pour rétention de menstrues, soit sur l'hymen ou sur l'orifice de l'utérus, soit sur un point quelconque de l'étendue du vagin, il faut toujours la faire au moyen d'une simple piqûre avec l'aiguille exploratrice, et abandonner à la nature le soin de l'évacuation graduelle du fluide. On donne ainsi à l'utérus le temps de se contracter à mesure que s'échappe le fluide qu'il contient. Mais cela n'importe qu'autant qu'il existe un amas considérable; s'il n'y a pas plus d'une ou deux onces de fluide, je pense qu'il

est indifférent qu'on l'évacue soudainement ou lentement.

La masse probable du liquide retenu peut être estimée simplement par le toucher, qui détermine avec une précision suffisante le volume de l'utérus et de son contenu.

Si l'utérus n'est que faiblement développé par le fluide qu'il contient, on peut l'ouvrir sans crainte; mais s'il approche de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, on doit faire l'ouverture avec la plus grande précaution.

La mort, souvent rapide, a pu suivre une incision de l'hymen pratiquée dans le cas de rétention des menstrues. D'ordinaire, la simple incision de l'hymen n'est pour rien dans le résultat fatal, qui semble dû à la pyohémie. Quelques médecins l'attribuent à l'introduction de l'air dans la cavité de l'utérus qui, après avoir été fortement distendu, ne se contracte pas aussi rapidement que le fluide est évacué. A l'Hôpital des femmes, nous avons eu plusieurs fois à évacuer de grandes quantités de sang menstruel retenu, sans que jamais aucun accident s'en soit suivi. Tous les cas étaient la suite d'atrésie de quelque partie du vagin ou du museau de tanche. Un seul nous parut être idiopathique; les autres furent des atrésies survenues par gangrène, à la suite d'accouchements laborieux.

Nous avons toujours pratiqué une ponction avec une aiguille exploratrice, ou fait une très-petite ouverture

avec le ténotome ordinaire. Mais, sachant les dangers de l'opération, je dois insister de nouveau sur ce point. Si j'avais à opérer sur l'hymen d'une femme jeune et délicate, dont l'utérus et le vagin contiendraient six à huit onces de fluide, je lui donnerais du seigle ergoté, jusqu'à ce qu'il eût produit son action spécifique sur l'utérus, et alors je ferais une petite piqûre sur l'hymen, dans le but d'assurer la contraction utérine pendant l'évacuation du fluide. Je ne puis faire mieux que de citer ici le docteur Graily Hewitt, la plus récente et l'une des meilleures autorités dans les maladies des femmes (1). « Le mode ordinairement adopté, dit-il, est de faire dans l'hymen, au moyen de la lancette, du bistouri ou du trocart, une ouverture suffisante pour laisser passer, au moment de l'opération, la meilleure partie du sang retenu. Je proposerais qu'on fît d'abord une ouverture juste assez large pour donner issue à une très-petite quantité de fluide, et qu'on fît cette ouverture obliquement dans la membrane obstruante, en lui donnant une forme valvulaire. Le fluide serait évacué goutte à goutte. Si l'ouverture se refermait, on en pratiquerait une seconde toute semblable, le lendemain ou deux ou trois jours plus tard; puis, l'abdomen étant légèrement soutenu à l'aide d'un bandage, pendant toute la durée de l'évacuation du fluide, on maintiendrait la patiente dans un état de repos absolu. L'inci-

(1) *The Diagnosis and Treatment of the Diseases of Women*, by Graily Hewitt, M. D., etc., etc. London, 1863.

sion de l'hymen ne serait pas accrue avant que l'utérus fût revenu à ses dimensions normales, l'opérateur se proposant, avant tout, de donner issue au fluide le plus graduellement possible. »

Le docteur Arthur Farre m'a fait connaître les particularités d'une rétention de menstrues, observée il y a environ quarante ans par son père, médecin distingué de son temps. Une jeune dame du pays vit ses menstrues s'arrêter; une grossesse fut soupçonnée par le médecin de la famille. Le docteur Farre fut appelé pour décider de la nature du fait; mais, avant son arrivée, l'hymen se rompit spontanément: une grande quantité de sang retenu fut soudainement évacuée; une fièvre inflammatoire se manifesta, et la malade mourut en peu de jours. Bien que dans des cas semblables, j'aie fréquemment entendu parler d'une issue fatale comme conséquence d'une opération chirurgicale, c'est cependant le seul que je connaisse, où la mort soit arrivée de cette manière.

II. Vaginisme. — Par le mot *vaginisme* j'entends une hyperesthésie excessive de l'hymen et de la vulve, associée à cette contraction spasmodique et involontaire du sphincter vaginal qui s'oppose au coït. L'irritabilité spasmodique est produite par l'attouchement le plus léger : le contact d'un pinceau ou des barbes d'une plume peut causer une souffrance telle, que la patiente pousse des cris, et se plaigne d'éprouver une douleur

pareille à celle que produirait un instrument aigu poussé dans la partie sensible. L'intensité de cette douleur est plus prononcée dans certains cas que dans d'autres, mais généralement la souffrance et le spasme réunis sont assez violents pour exclure la possibilité de tout rapprochement sexuel.

Parfois le coït est accidentellement supporté, malgré une souffrance intolérable ; tandis que d'autres fois il est tout à fait abandonné, bien que déjà il ait été à plusieurs reprises et en quelque sorte parfaitement accompli.

Il est difficile de se méprendre dans le diagnostic de cette affection. On ne pourrait la confondre qu'avec l'imperforation de l'hymen ou l'atrésie du vagin, dont la nature est facilement reconnue après examen. Dans ces dernières affections, il n'y a pas nécessairement souffrance exagérée par l'attouchement, mais seulement empêchement mécanique à l'introduction d'une sonde ou du doigt, tandis que dans les cas de vaginisme, le contact le plus léger, comme on l'a dit, cause une souffrance excessive ; source principale du diagnostic.

Pour procéder à l'exploration dans un cas de vaginisme, mettez la patiente sur le dos, les jambes pliées ; séparez doucement les lèvres. La malade donne tout aussitôt des signes d'alarme et d'agitation, par la crainte insurmontable et indescriptible d'être blessée. Elle est dans l'état d'une personne nerveuse et craintive chez qui on a une première fois introduit la pointe d'un

instrument sur le nerf dénudé d'une dent gâtée, et que la seule idée de voir recommencer l'opération jette dans une extrême rigidité nerveuse. Le degré du trouble dépend assurément du tempérament particulier de l'individu; mais, quoi qu'il en soit, quand on en vient à explorer le siége du désordre, malgré la volonté la plus forte et le courage le plus robuste, la patiente donne des signes reconnaissables de la douleur la plus cruelle. La sensibilité s'étend à toutes les parties de la vulve. Elle est très-vive au méat urinaire et dans ses environs, de chaque côté où l'hymen prend naissance ; elle est plus vive encore près de l'orifice de la glande vulvo-vaginale ; mais souvent c'est à la fourchette qu'elle est le plus marquée, au point où l'hymen s'épanouit. Toute la face vulvaire ou extérieure de cette membrane est sensible, plus particulièrement sur ses replis, et à sa base, où le contact d'un pinceau suffit pour l'exagérer.

Mais, tandis que la face extérieure de l'hymen et les parties voisines sont à ce point douloureuses, si nous tournons la patiente sur le côté gauche, et qu'après avoir séparé les fesses et la vulve, nous venions à passer une sonde à travers l'hymen sans toucher sa surface extérieure, nous pouvons exercer avec cet instrument une pression d'arrière en avant, et sur la face interne ou vaginale de cette membrane, sans trouver là de sensibilité anormale.

Le toucher de la face extérieure de l'hymen, sur une

partie quelconque de ses replis, ne produit pas seulement de la souffrance, mais encore un spasme involontaire du muscle sphincter du vagin et de l'anus. Dans quelques cas même, le sphincter anal est aussi dur qu'une boule d'ivoire, et j'ai soigné une malade qui prenait cette dureté pour une tumeur qu'il fallait extirper. La sensibilité excessive fait la base du diagnostic, et le spasme constitue le symptôme pathognomonique.

Les exemples de vaginisme les plus remarquables que j'aie vus n'étaient pas compliqués d'inflammation; mais j'ai rencontré plusieurs cas dans lesquels il existait une rougeur, un véritable érythème de la fourchette. Ordinairement, l'hymen est épais et résistant, et l'extrémité libre du doigt qui l'a traversé, est souvent aussi comprimée que si elle était serrée par une ficelle ou un fil d'archal.

Par le mot blépharisme ou blépharo-spasme, on entend une contraction spasmodique, douloureuse et involontaire de l'orbiculaire des paupières, accompagnée d'une extrême sensibilité ou de photophobie. On nomme laryngisme, une contraction spasmodique de l'appareil vocal, qui rend l'inspiration sifflante; par analogie, j'appelle vaginisme cette contraction spasmodique et douloureuse de l'orifice du vagin.

J'ai présenté un mémoire à ce sujet à la Société obstétricale de Londres, en décembre 1861 (1); j'en extrais ici quelques particularités.

(1) *Obstetrical Transactions*, 1862, vol. II.

En mai 1857, je fus appelé près d'une dame âgée de quarante-cinq ans ; elle s'était mariée à vingt ans, et depuis elle avait été constamment malade. Les menstrues, toujours pénibles, venaient de cesser. Elle éprouvait une grande irritabilité dans la vessie, une sensation de pesanteur, et d'autres symptômes propres aux maladies de l'utérus. Mais, pour moi, la chose la plus remarquable dans son histoire, c'est qu'elle était restée vierge, bien qu'elle fût mariée depuis un quart de siècle. Deux ou trois ans après son mariage, son médecin découvrit un tubercule muqueux et sanguinolent sur le méat urinaire ; il l'extirpa, et chercha ensuite à dilater le vagin au moyen de bougies graduées, ce qui causa de grandes souffrances, sans amener la moindre amélioration permanente. La malade consulta les chirurgiens les plus éminents dans les principales villes de l'Amérique, puis elle visita Londres et Paris pour le même objet ; mais personne ne donna une solution satisfaisante, et ne conseilla autre chose que l'emploi des bougies, qui déjà avaient été expérimentées sans bénéfice.

Son système nerveux était dans un état déplorable, et son impressionnabilité était devenue telle, que le plus léger bruit lui était désagréable au dernier point. Elle ne pouvait marcher que dans sa chambre, encore n'osait-elle pas souvent risquer l'expérience, et se tenait-elle la plupart du temps dans son lit, où elle se livrait à des efforts intellectuels incessants.

Je tentai de faire une exploration du vagin, mais j'échouai complétement. Le plus léger toucher à l'orifice de cet organe causait une vive souffrance qui jetait le système nerveux dans une grande commotion; il se manifestait une agitation musculaire générale; le corps entier frissonnait comme dans une fièvre intermittente. Les yeux étaient hagards, la malade poussait des cris et des sanglots; des larmes roulaient sur ses joues, et elle présentait, en un mot, la cruelle expression de la terreur et de l'agonie. Malgré tous ces témoignages extérieurs et involontaires de souffrance physique, elle avait le courage de se tenir sur sa couche, et me suppliait de ne pas discontinuer mes efforts pour peu que j'eusse l'espérance de découvrir quelque chose de l'état inexplicable dans lequel elle se trouvait. Après avoir exercé pendant quelques moments une pression de toute ma force, je réussis à introduire l'index dans le vagin jusqu'à la seconde articulation, mais pas plus loin. La résistance que rencontrait le doigt à son passage était assez grande, la contraction vaginale assez forte, pour amener son engourdissement, et l'examen ne révéla qu'un spasme insurmontable du sphincter vaginal. Je dis franchement au mari que je n'y connaissais rien, que je n'avais vu ni entendu parler de rien de semblable, et que je ne pouvais en conséquence rien promettre. Cependant je lui proposai de conduire sa femme à New-York, pour qu'il fût procédé à une investigation nouvelle pendant l'état d'in-

sensibilité. Ma proposition fut acceptée avec empressement, et je priai feu le docteur John William Francis, le docteur Emmet, de l'Hôpital des femmes, le professeur Van Buren et le docteur Kissam de la voir avec moi. Ces deux derniers prirent la responsabilité de l'éthérisation. Avant l'anesthésie, je croyais devoir encore essayer de visiter le vagin, quand les mêmes symptômes se manifestèrent comme la première fois. Mais aussitôt que la patiente fut entièrement sous l'influence de l'éther, je trouvai, à ma grande surprise, l'orifice vaginal complétement détendu, et le vagin lui-même dans un état complétement normal. Il n'était pas large, mais assurément tout aussi développé qu'il était nécessaire. L'utérus était renversé, et une petite excroissance polypoïde, de la grosseur d'un pois, se trouvait implantée sur le museau de tanche. Cette excroissance fut extirpée, non dans l'espoir d'exercer quelque influence sur l'état particulier de la malade, mais pour prévenir le développement futur de ce produit morbide. J'émis l'opinion que nous avions affaire à une contraction spasmodique du sphincter vaginal, résultant de l'irritabilité inexplicable des nerfs de cette partie. Lorsqu'il me fut demandé si la guérison était possible, je répondis : « Je ne sais pas, car on ne trouve dans les livres aucune lumière à ce sujet ; mais il me semble que le seul traitement rationnel doit être emprunté à la chirurgie. » Toutefois je refusai de rien faire, me fondant sur ce qu'une opération non encore

éprouvée ne pouvait se justifier sur une personne du rang de la malade, l'hôpital étant le champ légitime de l'observation expérimentale.

C'est là un exemple exagéré des affections de cette classe. J'en ai vu plusieurs cas à peu près, mais non tout à fait aussi douloureux. Les facultés intellectuelles de cette dame, la culture de son esprit et sa haute position sociale, aussi bien que ses longues souffrances, tout conspirait pour que le mal dont elle était atteinte devînt pour moi un objet de méditation et d'anxiété. C'était le premier exemple de la sorte que j'eusse jamais vu, et je n'aurais pas à m'étonner que c'eût été le dernier. Mais, environ quinze mois après, le professeur Pitcher, de Detroit, dans le Michigan, m'adressa un autre cas semblable, à l'exception que la malade n'était mariée que depuis deux ans. Le toucher lui inspirait la même crainte instinctive, elle éprouvait la même agitation musculaire, les mêmes frissonnements, la même souffrance, les mêmes spasmes du sphincter, à la seule tentative d'introduction du doigt dans le vagin. Comme le mari menaçait de divorcer, je regardai le fait comme favorable à l'expérimentation. J'avouai à la malade mon ignorance au sujet de son infirmité, et je lui proposai de faire des incisions successives, expérimentales, auxquelles elle consentit sans hésiter. Pensant que la division de l'orifice, siége de l'irritation et des spasmes, était la seule opération raisonnable, je n'attaquai d'abord que les bords de la membrane hymen, de

chaque côté de la fourchette, mais il ne s'ensuivit aucun soulagement. J'attendis que les plaies fussent guéries; puis, je divisai de nouveau les parties aux mêmes points, mais en étendant les incisions profondément dans la membrane muqueuse et dans quelques-unes des fibres du muscle sphincter. Cette opération fut suivie de quelque amélioration : la patiente put supporter sans très-grande souffrance l'introduction d'un doigt; elle put même en endurer deux, mais non sans éprouver une vive douleur. Je vis que l'hymen lui-même était le foyer de l'irritabilité; je proposai alors de l'enlever entièrement, et de répéter ensuite les incisions latérales comme auparavant, en les faisant plus profondes, et en rendant la dilatation permanente, au moyen d'une bougie convenablement construite. Cette fois la mère de ma patiente en vint à conclure que je faisais des expériences sur sa fille. Je répondis que c'était vrai, et j'essayai de justifier la convenance de ma conduite devant la perspective d'un procès et d'un divorce. La mère fut, malgré cela, inexorable, et malheureusement elle enleva sa fille à mes soins. Toutefois l'amélioration était si grande, que je ne doutais pas qu'elle ne pût remplir les devoirs d'une femme, sans beaucoup de difficultés. L'expérience acquise en cette occasion était d'une grande valeur pour moi.

Quelques semaines après, en janvier 1859, un autre cas de vaginisme me tomba sous la main. La malade

était la femme d'un ministre du culte. Bien que mariée depuis six ans, tout commerce sexuel était resté impossible. Plusieurs chirurgiens avaient été consultés sans qu'ils eussent donné aucune explication de son état, ni procuré naturellement aucun soulagement. En l'examinant, je découvris, au méat urinaire, une tumeur sanguine, muqueuse, douloureuse au toucher, et, malgré l'exemple déjà rapporté, je me persuadai que ce tubercule était l'unique cause de tout le mal. Je l'extirpai, et la place qu'il occupait fut cautérisée. La malade retourna chez elle en temps opportun, mais elle revint peu de jours après me dire que ses anciennes souffrances persistaient. Procédant alors à un examen plus minutieux, je trouvai que la maladie était en tous points semblable à celles que j'ai fait connaître plus haut, mais non tout à fait aussi intense dans ses manifestations. Le toucher le plus léger avec une plume ou un pinceau sur les replis de la membrane hymen causait une souffrance aussi grande que si on l'eût tailladée avec un instrument tranchant. Pendant que cette dame était l'objet de mes observations (avril 1859), un quatrième exemple de la même affection vint se présenter à mes soins. C'était une femme mariée depuis trois ans. Le commerce sexuel avait été imparfaitement accompli et un petit nombre de fois, pendant les premières semaines du mariage. Elle supposait, dans son innocence, que toutes les femmes avaient à souffrir comme elle, et tâchait d'endurer son mal; mais ses

souffrances devinrent si vives, qu'à la fin elle vit avec terreur les approches de son mari. Sur ses instantes prières, celui-ci cessa toute tentative de rapprochement, et ils vécurent ensemble comme frère et sœur. Mais, enfin, la mère de la pauvre jeune femme commença à s'étonner de ce qu'après trois ans de mariage, sa fille, qui semblait être pleine de santé et avait un mari jeune et vigoureux, ne devînt pas grosse, et elle se hasarda à parler de son désappointement; la fille confessa tout à sa mère, qui me l'amena immédiatement. Je trouvai précisément le même état que j'ai déjà décrit. Quelques semaines après, le docteur Harris (East Thirtieth street, New-York) me signala un autre cas (le cinquième). Sa malade était mariée depuis deux ans et demi, sans que le coït eût été possible. Le 18 juin 1859, trois nouveaux cas se trouvaient soumis à mon observation; mais, pour couper court à ce long récit, je dirai tout de suite qu'après plusieurs expériences, parfois suivies de désappointements, tous furent parfaitement guéris au mois d'août suivant.

Comme résultat de mon observation personnelle, je puis affirmer avec confiance que je ne connais aucune maladie aussi redoutable pour deux époux, et je suis heureux de constater que je ne sais aucun mal sérieux qui puisse être guéri avec autant de facilité, de sûreté et de certitude.

Traitement. — Le traitement consiste dans le retranchement de l'hymen, l'incision de l'orifice vaginal, et

ensuite sa dilatation. La dernière opération est inutile sans les deux premières, mais elle est essentielle pour en faciliter et compléter le succès. Je fais ordinairement deux opérations ; mais tout peut être fait en une fois.

Plaçant la patiente (éthérisée) sur le côté gauche, je saisis l'hymen avec une pince précisément à sa jonction avec l'urèthre, à gauche, et, le développant dans toute son étendue, je coupe avec des ciseaux courbes de manière à détacher la membrane tout entière et d'une seule pièce.

Dans quelques cas l'hémorrhagie réclame l'emploi d'une compresse de charpie. Deux fois j'ai vu l'écoulement du sang excessif, mais facilement arrêté avec la liqueur de persulfate de fer. La plaie guérit d'ordinaire complétement en trois ou quatre jours ; après quoi l'opération imposée par une guérison radicale peut être accomplie. Malgré le retranchement de la membrane épaisse et douloureuse qui constitue l'hymen, la cicatrice qui reste à l'orifice du vagin est excessivement sensible, et, dans quelques cas, dure et résistante, comme si un fil d'archal ou une ficelle resserrait l'entrée du canal.

Dans mes premières expériences, j'y fis une incision en différents points et en divers sens ; aujourd'hui je suis arrivé à la méthode suivante, qui est la plus sûre et la meilleure.

Placez la patiente sur le dos (complétement éthé-

risée), comme pour la lithotomie; passez l'index et le médius de la main gauche dans le vagin ; séparez-les latéralement, de manière à dilater le vagin autant que possible, en donnant à la fourchette toute son étendue; faites ensuite, avec un scalpel ordinaire, une profonde incision dans le tissu vaginal d'un seul côté de la ligne médiane, la dirigeant de haut en bas et la terminant au raphé du périnée. Cette incision forme un côté d'un Y. Ramenez ensuite le scalpel dans le vagin, que vous dilatez toujours avec les doigts comme auparavant, et incisez de la même manière et de haut en bas le côté opposé, en réunissant les deux incisions auprès du raphé, et en les prolongeant jusqu'au tégument du périnée. Chaque incision aura environ deux pouces de long, c'est-à-dire un demi-pouce ou plus au-dessus du bord du sphincter, un demi-pouce dans la partie supérieure de ses fibres, et un pouce de son bord inférieur au raphé du périnée. Bien entendu que ces indications doivent varier en raison des sujets et du développement des parties. Pour achever la guérison, il est nécessaire que la patiente porte pendant quelque temps une bougie ou un dilatateur convenablement adaptés. J'emploie habituellement un dilatateur de verre, quelquefois de métal ou d'ivoire. Je préfère le verre, parce qu'il est aisément tenu propre, et qu'étant transparent, il est facile de voir la plaie, et même le vagin tout entier, sans le retirer. S'il y a perte de beaucoup de sang, j'introduis immédiatement le dilatateur ; mais habituel-

lement j'attends vingt-quatre heures, et alors il est gardé une, deux, trois et quatre heures de suite. Son introduction réveille, il est vrai, un sentiment de douleur, mais qui ne ressemble en rien aux souffrances aiguës caractéristiques de la maladie originelle.

En général, je laisse en place le dilatateur deux heures le matin et deux ou trois heures dans l'après-midi ou dans la soirée; quelquefois plus longtemps. J'ai rencontré des malades qui le portaient six ou huit heures, et plus d'une fois la rapidité avec laquelle les plaies se cicatrisent m'a causé quelque étonnement; il semblerait que la guérison est facilitée par la pression du tube de verre.

Je fais porter le dilatateur tous les jours, pendant deux ou trois semaines, ou plus longtemps, jusqu'à ce que les parties soient complétement guéries et que toute sensibilité ait disparu.

Cet instrument n'est autre chose qu'un tube d'environ trois pouces de long, légèrement conique, ouvert par un bout, fermé de l'autre, et présentant un pouce un quart ou un pouce un tiers de diamètre dans sa partie la plus large, à son extrémité extérieure.

Il porte, sur un côté, une dépression ou sillon pour laisser place à l'urèthre et au col de la vessie (fig. 128).

L'ouverture de l'extrémité extérieure fait que la pression atmosphérique aide à le retenir facilement dans le vagin.

Quand le dilatateur est fermé aux deux bouts, il est

beaucoup plus difficile de le tenir en place, même avec un bandage en T bien ajusté. La dépression réservée pour l'urèthre est très-importante, car j'ai constaté qu'un cylindre parfaitement rond, porté pendant trois ou quatre heures, blesse presque toujours l'urèthre; et, de plus, il est bon d'ajouter que cette dépression favorise encore le maintien de l'instrument.

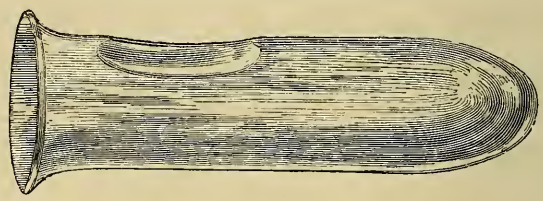

Fig. 128.

Le docteur Rottenstein, dentiste américain à Paris, m'a fait récemment un dilatateur de caoutchouc vulcanisé qui remplit très-bien son but; il est tout aussi propre que le verre, et non sujet à se casser.

Pendant que ces pages étaient sous presse, j'ai eu l'occasion d'opérer une dame âgée de cinquante-quatre ans, qui, mariée à dix-huit, était restée veuve à vingt, et s'était remarié à quarante. Pendant son premier mariage, la copulation, qui ne s'était effectuée qu'occasionnellement, dans des conditions très-pénibles, et avec les souffrances les plus vives, avait été tout à fait impossible, depuis son second mariage. L'orifice du vagin était rougeâtre, enflammé et très-irritable; le plus léger contact d'une sonde causait une extrême

angoisse. On ne pouvait introduire le doigt dans le vagin, sans développer une grande douleur. C'était, et il en avait toujours été ainsi, un cas de vaginisme bien caractérisé. L'hymen ne présentait aucun développement anormal, et j'incisai simplement les parties de chaque côté de la ligne médiane, jusqu'à la limite du périnée. L'ouverture de la vulve était excessivement petite, et les incisions furent étendues jusqu'au bord extérieur du périnée. Un dilatateur de verre fut porté trois ou quatre heures par jour, pendant un mois ; mais à la fin de ce temps, l'orifice du vagin était aussi sensible et aussi sujet aux spasmes qu'avant l'opération.

Je me déterminai à retrancher tout le tissu hypertrophié qui se trouvait sur la fourchette, et à inciser de nouveau les parties par en bas. Désirant que le dilatateur exerçât une pression plus marquée dans la

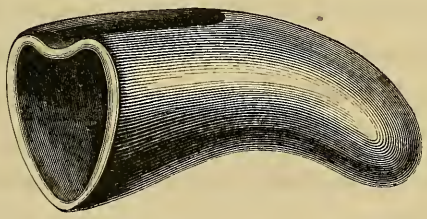

Fig. 129.

direction de la fourchette et du périnée que latéralement, je me procurai un instrument semblable à celui qui est représenté figure 129, et qui est bien préférable au tube purement cylindrique. Au lieu d'un bout

extérieur évasé, comme on le voit à la figure 128, il offre des bords rentrés en dedans, afin de prévenir la pression sur les lèvres.

Dans les cas où l'instrument est trop long, il cause de la souffrance par l'action qu'il exerce sur le col de l'utérus. Dès lors il est nécessaire de le faire plus court, et d'imprimer une légère courbure à la face inférieure, telle qu'elle est représentée par la figure 129; on empêche ainsi que le dilatateur ne heurte et ne blesse la matrice.

J'ai opéré trente-neuf malades atteintes de vaginisme, et toujours avec un succès complet. Plusieurs cas étaient compliqués d'autres causes de stérilité, telles que menstruation pénible, coarctation de l'orifice, conicité du col, tumeur fibroïde, déplacement. Malgré cela, six conceptions ont suivi l'opération. Quelques femmes, dont je n'ai plus entendu parler, ont probablement conçu, et un plus grand nombre concevront presque certainement. Elles ont habituellement été si satisfaites de la disparition du vaginisme, qu'elles n'ont pris soin de s'astreindre à aucun traitement ultérieur, applicable à un état qui permettait d'attendre et de temporiser.

Churchill, Debout, et plusieurs autres, ont pensé qu'il était difficile que le vaginisme existât longtemps, si le mari possédait une grande puissance copulative; mais c'est là, pour moi, une erreur avérée, car j'ai vu plusieurs exemples dans lesquels la virilité du mari

était extraordinairement grande, mais néanmoins impuissante à surmonter l'obstacle ; je connais particulièrement deux cas qui avaient été soumis aux moyens de dilatation les plus actifs, continués longtemps, et jusqu'à un degré extrême, et dans lesquels l'action spasmodique était, malgré cela, demeurée la même. Une de ces malades, aujourd'hui mariée depuis dix-huit ans, s'est soumise pendant six mois, sans aucun résultat, à la torture d'un dilatateur trivalve introduit dans le vagin, et complétement ouvert. Elle redoutait tellement les souffrances particulières à cette affection, que son mari n'a pu la décider à se laisser opérer par moi ; aussi est-elle restée dans le même état que le jour de son mariage.

J'ai opéré des femmes qui avaient été mariées pendant deux, douze, quinze et dix-sept ans. Dans quelques cas, le rapprochement sexuel avait été imparfaitement accompli, mais le plus souvent il n'avait jamais été consommé. Dans deux exemples, les maris, quoique jeunes et vigoureux, étaient si prompts, que l'émission séminale s'effectuait prématurément ; mais dans ces deux cas, le vaginisme était à tel point invétéré, qu'il eût persisté, j'en suis certain, quand même les circonstances auraient été tout autres.

Le docteur T. G. Thomas, de New-York, m'a communiqué un cas dans lequel un médecin éthérisa sa malade, et la livra ensuite à son mari, qui cohabita avec elle on ne peut plus facilement ; mais il ne

put répéter l'acte, quand elle ne fut plus sous l'influence de l'éthérisation. Heureusement, le moment avait été bien choisi, car cet acte unique de copulation fut suivi d'une grossesse. J'ai connu d'autres cas où la conception eut lieu sans l'introduction du membre viril. Le fluide séminal avait été répandu à l'orifice du vagin, et une petite quantité, sans doute injectée dans l'ouverture de l'hymen, avait gagné la cavité de l'utérus.

Sir Joseph Olliffe m'a raconté un fait de cette sorte, où la conception eut lieu sans que l'hymen fût pénétré ; et tous les médecins savent qu'il n'est pas extraordinaire d'entendre parler d'une grossesse arrivée à son terme, bien que cette membrane soit restée entière. Je présume que, parmi ces cas, il doit y avoir des exemples de vaginisme.

Depuis que j'ai décrit cette affection, plusieurs chirurgiens pensent qu'il est suffisant de dilater énergiquement l'orifice du vagin, ou de l'inciser, et, ensuite, d'employer le dilatateur ; mais je suis convaincu que la méthode qui consiste dans le retranchement complet de l'hymen est de beaucoup la meilleure ; ce n'est même pas assez de retrancher l'hymen, il faut encore supprimer tout point qui offre de la sensibilité.

En 1863, je fus consulté par une dame affectée de vaginisme, qui, mariée depuis six ans, s'était, pendant tout ce temps, soumise à l'acte sexuel, malgré les vives souffrances qu'il lui occasionnait. Je trouvai l'hymen non déchiré, mais dilatable. Il était extrêmement dur,

et presque aussi extensible qu'un cordon de caoutchouc. J'employai le spéculum, et j'abaissai le périnée vers le coccyx, de manière à donner à l'orifice du vagin assez d'ouverture pour me permettre de voir ce que je me proposais de voir. Cette opération fut suivie d'une grande douleur ; après avoir fendu l'hymen je fis une incision à la fourchette, et j'appliquai le dilatateur jusqu'à ce que les parties fussent guéries. La malade s'en retourna, mais elle revint peu de temps après me dire que le commerce sexuel était aussi insupportable que jamais. A un examen minutieux, je trouvai au côté droit de l'orifice du vagin, un petit tubercule ou durillon pas plus gros qu'un grain de blé. Il était très-sensible même au contact d'un pinceau. Il fut saisi à l'aide d'un ténaculum et enlevé ; la sensibilité particulière à cette partie disparut immédiatement. Le soulagement fut aussi soudain qu'il l'eût été par le retranchement d'un névrome sous-cutané ; à vrai dire, il m'a toujours semblé que les symptômes du vaginisme avaient de l'affinité avec ceux des névromes ; mais mon ami, le professeur Alonzo Clark, un des plus habiles pathologistes de mon pays, a fréquemment examiné pour moi l'hymen atteint de vaginisme, sans pouvoir jamais découvrir qu'aucun filament nerveux hypertrophié s'y fût introduit.

Le cas que je viens de rapporter fut guéri par la petite opération pratiquée en second lieu.

La figure 130 représente la grandeur exacte de

l'hymen, dans ce cas, immédiatement après son retranchement. L'édentation qu'on remarque au côté gauche correspond précisément au siége du tubercule enlevé à la seconde exploration, et qui était sans doute le résultat de l'incision imparfaite de la base épaissie de la membrane hymen. Ce fait prouve d'une façon concluante combien il importe d'exciser l'hymen dans son entier, car, ici, le petit point qui avait été laissé produisit dans la suite de grandes souffrances. Mais, pour démontrer avec plus de certitude encore la convenance de ce mode de traitement, je décrirai un cas très-remarquable qui fut l'objet de mes observations, il y a quelques années.

Fig. 130.

Une dame, âgée de trente ans, s'était mariée à vingt et un. Des efforts vigoureux de copulation furent tentés en vain pendant cinq ou six semaines. Le mari et la femme, jeunes tous deux, et fort ignorants sur ces matières, ne furent pas surpris au commencement de rencontrer des difficultés ; mais bientôt ils se demandèrent s'ils ne prendraient pas l'avis d'un médecin ; la femme, exténuée par les efforts d'un coït infructueux et souvent répété, consentit à une consultation.

Le médecin de la famille fut appelé ; il supposa qu'il y avait disproportion extraordinaire dans le développement relatif de leurs organes génitaux respectifs, et conseilla d'accomplir l'acte sexuel pendant l'état d'éthé-

risation de la femme, ce qui fut fait, sans qu'elle en eût conscience.

Mais un nouveau rapprochement, essayé la nuit suivante, fut tout à fait impossible. Après de vaines tentatives pendant une semaine, le médecin fut rappelé, la femme éthérisée de nouveau, et le coït effectué avec la plus grande facilité. Il demeura au contraire, impossible, en l'absence de l'éthérisation. Le mari, de petite taille, de constitution athlétique, musculeuse, non sujet à une éjaculation prématurée, possédait une puissance copulative extraordinaire. De sorte que ce n'était pas sa faute si le vaginisme ne cédait pas à la pénétration et à la dilatation. La suite de cette histoire se rattache encore plus à notre sujet. Il suffit de dire que le médecin dut se rendre régulièrement à la résidence des époux deux ou trois fois par semaine pour éthériser la pauvre femme, qui persévérait, dans l'espoir qu'elle deviendrait enceinte et que la délivrance la guérirait. Ces éthérisations continuaient depuis un an, quand la conception eut lieu. Pendant toute la période de gestation, le coït put s'accomplir naturellement. Après la naissance de l'enfant, il y eut encore quelques copulations sans éther, mais elles furent extrêmement pénibles, et bientôt la souffrance devint si grande, que le couple fut contraint de recourir de nouveau à l'anesthésie. Une année de copulations, effectuées avec le secours de l'éther, s'était écoulée quand survint une autre conception qui se termina

par une fausse couche au troisième mois et après laquelle la femme fut encore éthérisée pendant près d'une autre année, quand, enfin, ne voyant aucun espoir de guérison et s'alarmant de la fréquence de l'éthérisation, les époux finirent par l'abandonner tout à fait. Il y avait trois ou quatre ans qu'ils n'avaient fait aucune tentative de copulation, lorsqu'ils vinrent à moi, non sans avoir vu d'autres médecins qui n'avaient, du reste, donné aucune explication ni proposé aucun remède.

L'orifice du vagin était à peine assez large pour laisser passer l'index. Le siége de l'hymen était rouge, enflammé, épaissi, durci et très-sensible au plus léger contact du doigt, d'une sonde ou d'une plume. Il existait à l'orifice de chaque glande vulvo-vaginale une tache rougeâtre, environ de la grandeur d'un petit pois. Le périnée avait été déchiré jusqu'aux fibres du muscle sphincter, et un cordon dur, rigide et inodulaire traversait la fourchette et allait se perdre dans le tissu épaissi qui occupait le siége originel de l'hymen. Cet anneau était tout aussi sensible que dans un cas de vaginisme le mieux caractérisé. Il faut dire, il est vrai, que dans l'origine comme à présent, il s'agissait assurément d'un vaginisme, bien que le coït eût été accompli des centaines de fois, bien qu'un accouchement à terme ainsi qu'une fausse couche eussent eu lieu, circonstances qui auraient dû faire disparaître l'état morbide, s'il avait pu disparaître par l'action purement mécanique de la distension. Je ne prétends

pas nier qu'on ne puisse, en cas de vaginisme, dilater au point de permettre le commerce sexuel, mais le plus souvent, le coït reste encore très-pénible, après le traitement par la dilatation. Chaque fois, au contraire, que j'ai opéré par retranchement de l'hymen, et ensuite par incision et dilatation, le commerce sexuel s'est accompli sans peine.

La marche à suivre dans le cas que nous venons de décrire consistait à retrancher tout l'anneau formé par le tissu épaissi qui embrassait dans son cercle l'orifice du vagin, et en particulier la partie cicatricielle qui touchait à la fourchette. C'est ce qui fut fait, puis j'incisai de chaque côté le septum compris entre la fourchette et le rectum, en descendant à travers les fibres du muscle sphincter et de la fourchette jusqu'au raphé du périnée. L'opération laissa une très-mince cloison entre les deux ouvertures. J'introduisis un dilatateur de verre dans le vagin où il resta presque constamment, et où il fut remplacé pendant quarante-huit heures par un autre dilatateur plus large. Quinze jours après, l'acte sexuel fut accompli pour la première fois sans aucune difficulté. Toutes les fois qu'il existe un tissu cicatriciel, comme dans ce cas, les rechutes sont à craindre et il découle de là une nécessité plus grande de prolonger l'usage du dilatateur. Ce fait remarquable présente plusieurs points intéressants, notamment les deux conceptions qui eurent lieu pendant que la femme était dans un état complet d'anesthésie.

III. Atrésie du vagin. — Cette affection constitue naturellement un obstacle à la réception du fluide séminal. Elle peut être congénitale ou accidentelle, plus fréquemment accidentelle, et plus souvent le résultat de couche laborieuse, suivie de gangrène. Les registres de l'Hôpital des Femmes présentent un bon nombre de cas d'atrésie; quelques-uns nous serviront d'exemples.

Je n'en ai vu qu'un qui pût être appelé congénital; et ce fut chez une jeune fille de dix-huit ans, entrée à l'hôpital en octobre 1857, qui se plaignait d'éprouver chaque mois de grandes souffrances, sans que jamais aucune menstrue ne parut. Elle avait pris de l'aloès et d'autres emménagogues sans en obtenir de soulagement.

A l'examen, on pouvait sentir dans l'hypogastre une tumeur arrondie, à moitié grosse comme une tête de fœtus, et supposée formée par l'utérus. Le doigt passé dans l'hymen, qui était très-rigide, faisait découvrir une tumeur dure, au-dessus de laquelle, à trois quarts de pouce, le vagin finissait en cul-de-sac. Le toucher par le rectum permettait de retrouver la tumeur déjà constatée par le vagin. Elle occupait les deux tiers de ce canal distendu comme par un corps dur et non élastique, et elle faisait continuité avec celle qui s'élevait au-dessus de la symphyse du pubis.

Les symptômes rationnels et les rapports anatomiques indiquaient tous que la rétention des menstrues était

due à l'occlusion du vagin vers son tiers inférieur. Le toucher rectal joint à la pression et à la palpation sus-pubienne donnait la sensation d'une tumeur d'apparence ostéo-fibreuse. La partie inférieure ou vaginale de cette tumeur était tout aussi résistante à la pression que la partie supérieure ou utérine.

La figure 131 représente les rapports de la tumeur

Fig. 131.

utéro-vaginale, formée par l'occlusion des parois du vagin. Une très-petite ponction fut faite dans la tumeur à travers la partie fermée du vagin, où le tissu semblait avoir environ un demi-pouce d'épaisseur. Le fluide s'écoula graduellement, sans qu'il survint aucun trouble général, et la malade n'éprouva que du soulagement. Lorsque l'utérus fut revenu à son volume normal, on se hasarda à donner à l'ouverture une étendue suffisante pour passer l'index jusqu'au museau

de tanche, et on la tint modérément dilatée tant que le tissu incisé ne fut pas recouvert de membrane muqueuse. L'orifice et le col de l'utérus présentaient un état remarquable d'érosion granuleuse qui s'étendait sur la partie voisine du vagin, et donnait naissance à un flux leucorrhéique albuminoïde abondant, dont la guérison fut obtenue dans l'espace d'un mois. Les menstrues suivantes se montrèrent normales, et la malade quitta l'hôpital avec un léger rétrécissement du vagin, au point originel de l'occlusion.

Ce cas pouvait être congénital, ou résulter de l'adhérence des parois du vagin, déterminée par quelque état inflammatoire, survenu pendant l'enfance.

On a vu à l'Hôpital des Femmes une grande variété d'atrésies provenant de la gangrène des parties molles et de la cicatrisation qui en est la suite. Quelquefois l'orifice du vagin est à peu près ou totalement fermé; d'autres fois, le resserrement et l'occlusion portent sur sa partie moyenne; sa partie supérieure et le col de l'utérus peuvent être soudés ensemble en une masse épaisse de tissu fibro-cellulaire; d'autres fois on trouve une oblitération complète de ce conduit, depuis son orifice jusqu'au museau de tanche. Dans tous les cas, le traitement est le même; il consiste à rétablir le canal, s'il est possible, et à le tenir ouvert au moyen du dilatateur de verre, jusqu'à ce que les surfaces nouvellement mises à nu se soient recouvertes de membrane muqueuse. Dans quelques cas, ce résultat peut

être obtenu en trois ou quatre semaines. Le dilatateur, porté constamment, facilite la guérison des surfaces vives et la conversion du tissu cellulaire en tissu muqueux; et je dois dire que la tendance au resserrement est toujours si forte que je recommande l'usage journalier de cet instrument pendant une longue période de temps.

J'ai vu un grand nombre d'occlusions vaginales, où il existait une ouverture à peine suffisante pour permettre le passage d'une petite sonde. J'en ai vu d'autres dans lesquelles il eût été impossible de trouver cette petite ouverture, si l'apparition du flux menstruel ne l'eût indiquée. Je ne citerai qu'un exemple pour faire connaître le traitement. Une dame âgée de quarante-six ans fut confiée à mes soins en avril 1858, pour être traitée d'une atrésie. Elle s'était mariée à quatorze ans, était devenue mère à quinze; couche laborieuse; tête enclavée; délivrance à l'aide du forceps; enfant mort-né; gangrène des parties molles; rétablissement lent; atrésie du vagin, et, consécutivement, tout commerce sexuel impossible. Des médecins éminents furent consultés, entre autre les célèbres docteurs Physic et Dewees, de Philadelphie, en 1828. On ne fit aucun traitement, pas même la plus petite tentative pour ouvrir le passage. Quelques années plus tard son mari mourut. Si étrange que cela puisse paraître, cette dame se remaria trois ans après, et, à la suite de trois autres années, elle fut veuve pour la seconde fois. Mais

la chose la plus inexplicable, c'est qu'elle se remaria de nouveau, après être restée veuve pendant près de dix-huit ans, et sachant que depuis près de trente elle était affectée d'une occlusion du vagin. Quand je la vis, elle était mariée pour la troisième fois, à peu près depuis un an. L'orifice du vagin était scellé, pour ainsi dire, par une barrière cartilagineuse, qui résistait complétement à la pression la plus forte. Mais il y avait une petite ouverture valvulaire par laquelle les menstrues s'écoulaient.

Cette ouverture permettait à peine l'entrée d'une petite sonde qui pénétrait, il est vrai, dans toute la profondeur du vagin, et dont la pointe pouvait être sentie par le doigt introduit dans le rectum et poussé en avant vers le museau de tanche, en déprimant la cloison recto-vaginale. Les menstrues étaient naturelles, et l'utérus, d'un volume ordinaire, avait une position convenable. Le vagin était normal au-dessus du point d'occlusion, qui se trouvait un peu au devant du col de la vessie, comme le montre la figure 132.

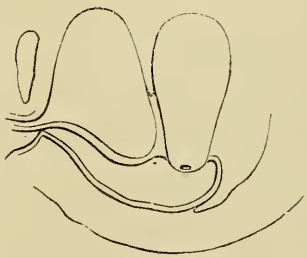

Fig. 132.

La malade fut opérée en juin 1858, avec l'assistance de feu les docteurs V. Mott et John W. Francis et du docteur Emmet. Un bistouri à pointe mousse fut passé par la petite ouverture dans le vagin, et la barrière

cartilagineuse fut divisée d'un côté à l'autre; puis la lame de l'instrument, tournée en bas et en arrière, j'attaquai les tissus au dehors parallèlement, pour ainsi dire, au rameau ischiatique ascendant, d'abord à droite, puis à gauche, l'index étant toujours tenu dans le rectum, pour éviter une fistule vaginale.

De cette manière l'orifice du vagin fut assez agrandie pour recevoir mon doigt, à l'aide duquel je constatai que ce conduit avait, au-dessus de l'obstacle, une étendue suffisante. J'introduisis le dilatateur de verre, et j'eus le bonheur de renvoyer cette dame, au bout d'un mois, parfaitement capable de remplir les devoirs du mariage. Toutefois, je lui recommandai de porter l'instrument journellement et pendant un certain temps, afin de se mettre en garde contre une rechute assez ordinaire.

Je pourrais raconter sur le même sujet beaucoup d'autres cas curieux et intéressants, mais je m'arrête, car je crois en avoir assez dit pour établir les principes qui doivent nous guider dans la pratique.

IV. Absence congénitale du vagin. — J'ai vu cinq cas d'absence congénitale du vagin, tous compliqués d'absence de l'utérus. Un de ces cas me fut montré par le docteur Livingston, de New-York, chez une femme mariée depuis sept ou huit ans. Elle s'était mariée jeune, et, naturellement, elle n'avait aucune idée de son état particulier. Les lèvres étaient norma-

lement développées, et le tissu membraneux compris entre le méat urinaire et la fourchette avait été par habitude poussé entre la base de la vessie et le rectum, et il s'était développé au point de former une poche dans laquelle le doigt pouvait entrer à la profondeur de près de deux pouces.

Comme je ne vois aucun but pratique à m'étendre sur ce sujet, je ne m'en occuperai pas davantage et je dirai seulement qu'en pareil cas le diagnostic n'offre aucune difficulté, si l'on appelle à son secours le doigt placé dans le rectum, la sonde introduite dans la vessie et la pression sus-pubienne.

Au commencement de ce chapitre, j'ai posé en principe, « que le vagin devait être capable de recevoir et de retenir le fluide spermatique ». Il convient donc qu'après avoir parlé des obstacles qui s'opposent au dépôt du fluide séminal dans le vagin, nous traitions maintenant des divers états qui empêchent qu'il n'y soit retenu quand il y est une fois introduit.

Il n'y a que trois ou quatre ans environ que j'ai découvert qu'il existe des vagins qui ne peuvent retenir un moment une goutte de semence.

Il n'existe pas deux vagins exactement semblables; ils diffèrent en longueur, dans leur diamètre, dans leur relation avec la vessie et le rectum, dans leur direction eu égard aux axes pelviens, et dans leur rapport avec l'axe de l'utérus. Parfois ils refusent de retenir la semence, parce qu'ils sont trop larges; d'autres fois, parce

qu'ils sont courts. Il est probable que dans cette dernière circonstance, il existera une disproportion entre le développement respectif des organes génitaux des deux sexes.

Une jeune femme, mariée depuis cinq ans, sans enfants, me consulta au sujet de sa stérilité. Le col, légèrement induré, ne présentait qu'un petit orifice. Je l'agrandis par une incision, et il offrit ensuite une apparence tout à fait normale. Comme il n'y avait rien d'ailleurs de particulier dans le voisinage de l'utérus, je lui dis qu'elle concevrait presque certainement dans quatre ou cinq mois. Huit s'écoulèrent sans qu'elle perdît patience, puis elle revint à moi désespérée. L'état de l'utérus était tel que je pouvais le désirer, mais le vagin, comme je l'ai dit plus haut, était un peu court. Le soupçon me vint aussitôt que c'était de ce côté-là, peut-être, qu'il y avait un défaut. Je la priai donc de se rendre un matin à ma visite, deux ou trois heures après un rapprochement sexuel; elle vint le lendemain. Aucune trace de spermatozoaires n'existait ni dans le mucus du vagin, ni dans celui du col de l'utérus. Je craignis alors que la force et la vigueur de son mari ne laissassent à désirer; toutefois, j'insistai pour savoir si la semence était retenue après le coït et j'appris qu'elle s'échappait, au contraire, instantanément. En pareil cas, toute fausse délicatesse doit être mise de côté; car il s'agit ici d'un sujet d'une importance scientifique très-grande, et qui doit être traité comme tel. Je fis donc sentir à la femme, ainsi qu'à

son mari, la nécessité d'un examen immédiatement après l'acte sexuel. Ils y consentirent, et quatre ou cinq minutes après l'acte, je procédais à une nouvelle exploration. Le vagin ne contenait pas une goutte du fluide spermatique qui se trouvait répandu, en grande quantité, à l'extérieur des parties sexuelles et sur les draps. Le microscope démontra qu'il était parfaitement normal. Que faire? Le vagin était court, trop court; mais on ne pouvait l'allonger; quand le doigt était poussé avec force contre le cul-de-sac postérieur vaginal, dans la direction de la ligne pointée *a* (fig. 123), celui-ci cédait à la pression; mais le doigt une fois retiré, il revenait brusquement en avant, comme s'il eût été de caoutchouc. Cette réaction du vagin distendu rejetait au dehors toute la matière spermatique. Naturellement, le remède s'imposait de lui-même. Comme nous ne pouvions rien faire pour changer la grandeur ou la forme du vagin, nous n'eûmes à recommander qu'une chose évidemment indiquée, c'est-à-dire d'éviter le choc énergique de l'organe mâle contre le cul-de-sac postérieur. Cette prescription fut suivie de l'effet désiré; le sperme fut retenu, et la conception eut lieu dans les trois mois, après un mariage demeuré stérile depuis sept ans. Aujourd'hui, il est probable, pour moi, que l'opération faite sur le col de l'utérus n'était nullement nécessaire; mais, jusqu'alors, je n'avais jamais eu la moindre idée d'un état pareil à celui que je viens de décrire.

La figure 133 représente à peu près les relations du vagin et de l'utérus dans le cas ci-dessus exposé.

Mais il ne faut pas inférer de là que tous les vagins courts sont nécessairement condamnés à la stérilité. Plusieurs fois, j'ai vu ce canal presque entièrement détruit par la gangrène (à laquelle le col de l'utérus avait lui-même participé), et réduit en fait à deux pouces de profondeur, ce qui n'empêcha pas la conception d'avoir lieu avec la plus grande facilité. Mais, dans chacun des cas, auxquels je fais allusion, la partie supérieure du vagin était étroitement fixée à l'orifice utérin qui s'ouvrait à son fond. Il était résistant, sans élasticité, ne cédait pas à la pression, et, par conséquent, ne faisait pas retour sur lui-même; de sorte qu'il était possible à la semence de pénétrer dans le canal du col.

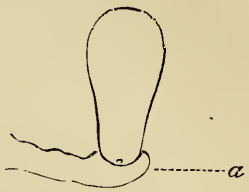

Fig. 133.

Parmi plusieurs faits de cette espèce, il me vient à l'esprit un exemple de fistule vésico-vaginale, envoyé à l'Hôpital des Femmes, en 1857, par le docteur Dimond-d'Auburn, à New-York, dans lequel presque toute la paroi antérieure du vagin, une grande partie du col, le cul-de-sac postérieur et une portion considérable de la paroi postérieure du vagin, étaient disparus. Il n'existait plus qu'une petite bande de la paroi antérieure, juste au niveau du col vésical. La fistule qui

s'étendait d'une branche du pubis à l'autre, avait une ouverture de six pouces de largeur par laquelle le bas fond de la vessie tombait dans le vagin, d'où l'on pouvait voir les orifices ouverts des uretères déverser l'urine, à mesure qu'elle était sécrétée. La guérison fut obtenue, mais le vagin n'avait pas conservé plus de deux pouces de profondeur. J'avais pensé que la malade ne concevrait plus jamais, quand, au bout de dix mois, elle devint mère, et quinze mois après cette couche, elle donna de nouveau le jour à deux jumeaux. Dans quatre autres cas semblables à celui-ci, le vagin était tout aussi court; dans tous il était fixe et inélastique à sa partie supérieure, et dans tous, également, la portion intra-vaginale du col de l'utérus avait été détruite par la gangrène, et son orifice était représenté lui-même par une espèce de petite fente entr'ouverte au centre du tissu fibreux qui formait la limite supérieure du vagin, et qui traversait le bassin comme un cordon cartilagineux.

Dans tous ces cas, à l'exception d'un seul, le raccourcissement du vagin avait tiré en arrière le fond de l'utérus et mis l'axe de cet organe sur la même ligne que celui du vagin, de sorte que le méat uréthral chez l'homme devait, au moment de l'éjaculation, être en contact direct et en ligne droite avec l'ouverture du col utérin. J'ai examiné bon nombre de femmes stériles chez lesquelles la stérilité eût été vaincue, je crois, s'il eût été possible d'imiter artificiellement le fâcheux état de

choses produit ici accidentellement, c'est-à-dire en fixant l'orifice utérin d'une manière immobile et directement en face de la force éjaculatrice. Ceci me conduirait à rechercher la raison de l'entrée de la semence dans la cavité de l'utérus, mais je réserverai ce sujet pour la section suivante.

Mais quelquefois le vagin ne retient pas la semence, même quand il présente de larges proportions. Lorsqu'il en est ainsi, on trouve presque toujours l'utérus rejeté en arrière.

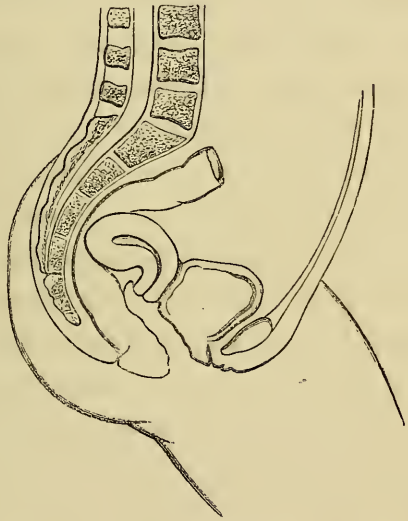

Fig. 134.

J'ai maintenant quelque soupçon que, dans beaucoup de cas de rétroversion où j'ai vu la grossesse suivre le rétablissement de l'organe dans sa position naturelle, la stérilité était due à ce que la matière fécondante

n'était pas retenue dans le vagin; je ne veux pas dire pour cela qu'il en soit ainsi dans toutes les rétroversions : loin de là, car je sais le contraire et je puis certifier qu'elle peut être retenue en grande quantité, même dans les cas encore plus fâcheux de rétroflexion, tels que celui que représente la figure 134.

La raison de ce fait est assez claire, car ici le vagin est presque en relation normale avec l'axe particulier de l'utérus, bien que cet organe ait abandonné sa position normale. Le déplacement utérin le plus défavorable à la rétention de la semence, c'est assurément la rétroversion, puisque, alors, le museau de tanche vient se poser en haut, derrière la face antérieure du pubis, tandis que le fond de la matrice est naturellement rejeté en arrière, au-dessous du niveau de l'axe vaginal. C'est dans ces dernières années seulement que j'ai fait cette découverte de la puissance expultrice du vagin, dans le cas de rétroversion. Une femme stérile, d'ailleurs d'une bonne santé, avait des menstrues difficiles; l'utérus rejeté en arrière n'offrait qu'un orifice fort étroit. Deux indications se présentaient : élargir l'orifice et rectifier la position vicieuse. En conséquence, j'ouvris par incision l'orifice et le col; puis désirant voir si le sperme pénétrerait dans le col, j'invitai la malade à me rendre visite un matin, après la consommation de l'acte sexuel. Elle vint, mais je ne trouvai aucune trace de spermatozoaires. J'exprimai alors la nécessité d'un nouvel examen, aussitôt après le coït, et je lui recom-

mandai de garder le repos dans la position horizontale, jusqu'au moment de mon arrivée. Il ne s'écoula pas plus de six ou huit minutes avant mon exploration, je ne retrouvai aucune trace de semence ; elle s'était répandue abondamment au dehors et sur les draps. Le vagin était très-grand, beaucoup au-dessus même de la grandeur moyenne, et je pus difficilement en croire mes sens, quand je constatai qu'il ne contenait rien. Il fut alors convenu que je verrais la patiente cinquante ou soixante secondes après le coït, mais cela ne me fut d'aucune utilité, les choses s'étaient passées comme précédemment.

Voyons maintenant pourquoi il en était ainsi. On aurait pu d'abord supposer que cela était dû à la rapidité trop grande de l'éjaculation. Mais le témoignage des deux époux résolut la question par la négative. Comment se faisait-il donc qu'il n'y avait pas de semence dans ce vagin très-large, immédiatement après une copulation normale? Jetons un coup d'œil sur ses relations anatomiques. L'utérus était rejeté en arrière, mais antéfléchi ; le col allongé et terminé en pointe, portait contre l'urèthre ; le corps était quelque peu hypertrophié ; la paroi antérieure du vagin un peu courte, conséquence d'une position vicieuse prolongée ; le vagin était d'ailleurs très-large, et le périnée détendu. Le doigt porté au fond du vagin jusqu'à ses replis (*a*, fig. 135) pouvait le pousser en arrière vers la cavité du sacrum, relativement aussi loin que *b*, ce qui rele-

vait nécessairement le fond de la matrice que le retrait du doigt laissait retomber, et qui, de plus, à ce moment, descendait un peu plus bas que le point où il se tenait en équilibre. L'utérus retombant ainsi par suite

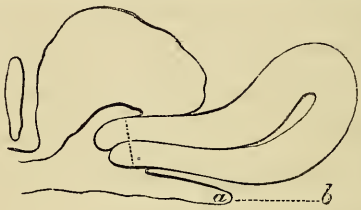

Fig. 135.

de l'éloignement soudain d'une force qui agissait puissamment contre le point *a*, tendait à déprimer encore plus le fond, et, conséquemment à relever proportionnellement le col. Il faut ajouter qu'en même temps le cul-de-sac du vagin, se trouvant tiré en haut, était sollicité à rejeter au dehors tout ce qui pouvait y être déposé. Dans ce cas particulier, le vagin revenait en arrière de *b* à *a*, et ce fait amenait de soi-même l'expulsion du fluide. En outre, dans tous les cas où l'on examine l'état de l'utérus immédiatement après le coït, on constate que cet organe présente des signes d'épuisement, si je puis me permettre une telle expression ; si, par exemple, l'utérus est dans une position normale, ou même modérément porté en avant, on trouve la partie supérieure du vagin relâchée, et contenant une grande quantité de semence, dans laquelle le col utérin est submergé; l'utérus, qui lui-même

semble fatigué, s'abaisse par son propre poids vers le rectum, où il s'affaisse paresseusement au fond de la petite mare de semence.

Rien ne m'a plus surpris que la différence qui existe dans les conditions relatives de l'utérus et du vagin, avant et après l'acte sexuel. J'ai fait plusieurs explorations dans ces circonstances, et j'ai uniformément trouvé les choses telles que je les ai décrites; quand il y a rétroversion, le fond de l'utérus est plus abaissé après qu'avant le coït, ce qui élève nécessairement le museau de tanche, et l'éloigne encore plus du fluide séminal, s'il en a été retenu. J'ai vu, dans ces derniers temps, plusieurs cas de rétroversion où la semence n'était pas retenue. Je pourrais donner quelques détails très-intéressants sur ce point, mais j'en ai dit assez pour montrer l'importance du sujet, en éclairer la philosophie, et tracer les indications du traitement qui consiste naturellement à placer l'utérus dans sa position normale, et à l'y maintenir au moyen d'instruments convenablement disposés pour être conservés pendant l'acte sexuel. Dans le cas figuré ci-dessus, il serait bon d'amputer le col au point indiqué par la ligne pointée, avant d'essayer tout autre traitement.

CHAPITRE VII.

POUR QUE LA CONCEPTION S'ACCOMPLISSE, IL FAUT QUE LA SEMENCE, CONTENANT LES SPERMATOZOAIRES VIVANTS, SOIT DÉPOSÉE DANS LE VAGIN EN TEMPS OPPORTUN.

Cette proposition implique naturellement trois choses à considérer :

1° La nature et les propriétés de la semence;

2° Son passage dans la cavité de l'utérus;

3° Le moment propice à ce passage.

Le fluide séminal, tel qu'il est éjaculé pendant l'acte copulatif, est constitué par la sécrétion des testicules, mêlée à celle des vésicules séminales, de la prostate et des glandes de Cowper.

Les testicules ont pour fonction de sécréter la semence, composée de la liqueur séminale, de granules et de spermatozoaires.

Si l'on examine au microscope une goutte de semence recueillie dans le vagin, immédiatement après l'acte sexuel, on voit se mouvoir précipitamment tout un monde de spermatozoaires. Mais telle n'est pas la meilleure manière d'étudier le phénomène de leurs mouvements. Je préfère prendre une goutte de mucus dans

le canal d'un col utérin parfaitement normal, quinze à vingt heures après le rapprochement sexuel. Alors, on examine mieux les spermatozoaires, car on les voit dans le fluide qui leur sert en quelque sorte de véhicule pour arriver jusqu'à l'œuf, et l'on reconnaît qu'ils se meuvent avec plus de lenteur, avec plus de précaution, si j'ose dire. Supposons que nous ayons choisi un de ces spermatozoaires pour sujet de nos observations et notons particulièrement ses actes et les mouvements divers qu'il accomplit. Nous le voyons d'abord nager de côté et d'autre, ou traverser en ligne droite le champ de vision ; peut-être va-t-il se retourner brusquement pour reprendre le chemin qu'il a déjà parcouru. Rencontre-t-il une grosse écaille épithéliale, il s'arrête, appuie sa tête contre elle, comme pour essayer de la pousser en avant ; s'il n'y réussit pas il se détourne et s'éloigne lentement dans une autre direction, pour rencontrer peut-être un autre obstacle, s'arrêter un moment, faire un autre effort pour l'écarter, puis retourner encore à la recherche d'un nouveau champ d'exploration.

La figure 136, *a*, représente la forme des spermatozoaires à l'état normal. Chez l'animal spermatique, le mouvement est la vie, et tant qu'il vit il se meut. Quand la queue cesse ses mouvements, l'organisme est mort. Les mouvements latéraux alternatifs de la partie caudale poussent la tête en avant ; si, par accident, cette partie se trouve blessée, les mouvements du corps ou

de la tête concordent avec la nature du pouvoir exercé par la partie lésée.

Quand, par exemple, comme on le voit fig. 136, *b*, l'extrémité de la queue est recourbée, soit par suite d'une blessure, soit parce qu'elle est retenue dans cette position par du mucus épaissi, les mouvements du spermatozoaire se feront en ligne droite, comme l'indique la flèche. Si la blessure est de nature à produire une courbe légère et permanente au milieu de la queue, comme le montre la figure 137, les mouvements se feront en cercle, parce que l'extrémité, s'appuyant toujours dans la même direction contre le fluide résistant, poussera naturellement la tête dans une direction correspondante. Que la queue soit tournée constamment à gauche, comme on le voit dans la figure, à chacune de ses contractions, la tête décrira une courbe à gauche; si elle est courbée à droite (fig. 138), la tête tournera circulairement à droite. Mais, quand on trouve un spermatozaire blessé de manière à se replier par le milieu, la queue atteignant ou dépassant la tête, comme dans la figure 139, les mouvements se feront dans la

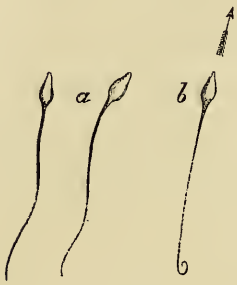

Fig. 136.

Fig. 137.

direction opposée à la courbure, parce que la puissance motrice étant dépensée à l'extrémité de la partie caudale, cette force devra pousser nécessairement la tête dans une direction opposée.

Fig. 138.

Fig. 139.

Dès que les spermatozoaires cessent de se mouvoir, la vie est éteinte en eux. Dans des circonstances favorables, ils vivent plusieurs heures, mais ils meurent rapidement si les circonstances leur sont contraires. Par exemple, toute grande variation dans la température est fatale à leur existence.

Pour que la fécondation ait lieu, il faut que la semence contienne des spermatozoaires vivants. Quelques physiologistes prétendent qu'elle peut s'effectuer sans eux. Quant à moi, je croirais plutôt à la conception sans la semence, que je ne la croirais possible sans spermatozoaires.

Il y a longtemps qu'on supposait généralement que la stérilité n'appartenait guère qu'au sexe féminin. M. Curling (1) a récemment traité ce sujet avec talent,

(1) *Observations on Sterility in Man, with cases*, par T. B. Curling, F. R. S., chirurgien à l'Hôpital de Londres, etc. Réimprimé d'après le *British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, avril 1864.

et il a établi d'une manière décisive que la stérilité chez le mâle existe positivement et qu'elle peut résulter :

1° D'un vice de position congénitale des testicules;

2° D'une inflammation chronique de ces glandes;

3° D'un rétrécissement.

Dans le premier et le second cas, les testicules ne produisent pas de spermatozoaires; dans le troisième, la semence est rejetée dans la vessie.

Lorsque les testicules sont retenus dans l'abdomen, ils paraissent rester à l'état rudimentaire, et ils n'acquièrent jamais la puissance de sécréter la semence et les spermatozoaires.

Le beau travail de M. Curling contient un grand nombre de cas qui témoignent de ce fait; aussi arrive-t-il à cette conclusion très-juste que la semence de ces testicules étant dépourvue du principe fécondant, elle est tout à fait impropre à la procréation. MM. Poland et Cock ont vu l'un et l'autre, dit M. Curling, des cas de procréation attribuée à des individus dont les testicules n'étaient jamais descendus dans le scrotum; mais dans aucun de ces cas la semence n'avait été examinée au microscope, et la conséquence à tirer de ces deux exemples est évidente : ou il faut admettre qu'il y a des exceptions à la règle qui établit qu'un testicule dans cette condition ne fournit pas de spermatozoaires; ou les prétentions à la paternité de la part de ces individus étaient sans fondement. La dernière hypo-

thèse est la plus probable, puisque aucun fait n'établit la première.

En France on a fait des investigations complètes sur ce sujet. Les écrits de MM. Goubaux, Follin, Gosselin, et Godart, tendent tous à prouver qu'un testicule retenu est, en général, chez l'homme comme chez l'animal, incapable de produire des spermatozoaires et que la semence sans spermatozoaires est impropre à la fécondation. Dans quelques cas où l'on a trouvé un testicule dans l'abdomen et l'autre normalement dans le scrotum, les spermatozoaires ont invariablement fait défaut dans le premier, tandis qu'ils existaient dans le second.

Mais si la présence des spermatozoaires est essentielle à la fécondation, leur absence n'a aucune sorte d'influence sur l'impuissance. Par impuissance nous entendons l'incapacité de copuler ; par stérilité, l'incapacité de féconder. Ainsi un homme peut être impuissant et non stérile, et stérile, sans être impuissant. J'ai connu des hommes qui accomplissaient le coït avec la plus grande vigueur, mais dont la semence était parfaitement dépourvue de tout vestige de spermatozoaires ; et, d'un autre côté, nous rencontrons fréquemment des individus incapables du moindre effort nécessaire à la copulation, mais dont la semence est cependant chargée de spermatozoaires. Chez les premiers, l'ignorance où ils sont de leur état réel est un bienfait ; tandis que chez les seconds, la connaissance qu'ils ont de leur infirmité produit le plus grand chagrin.

Le fluide séminal peut être dépourvu de spermatozoaires, par suite d'une obstruction des conduits excrétoires des testicules. C'est le résultat ordinaire de l'inflammation aiguë de ces organes. La gonorrhée a été regardée comme une maladie de peu d'importance; mais quand nous la voyons produire une double orchite, qui peut condamner pour toujours à la stérilité celui qui en est atteint, nous devons plutôt voir en elle une affection dont les conséquences sont des plus désastreuses.

Je me rappelle avoir traité trois jeunes hommes, il y a environ vingt-cinq ans, pour une double orchite, suite de gonorrhée, qui avait laissé chez chacun d'eux une épididymite double, chronique. Ils étaient mariés depuis plusieurs années sans avoir eu d'enfants; il est vrai que leurs femmes pouvaient être stériles; mais sur ce point, je ne puis mieux faire que de citer M. Carling.

« En 1853, dit-il (1), M. Gosselin a fait connaître des recherches curieuses qui se rapportent à ce sujet. Il examina soigneusement la semence de vingt individus qui avaient été attaqués d'une double épididymite, après gonorrhée. Dans quinze de ces cas, comparativement récents, il restait, après une guérison apparente, une callosité à la queue de l'épididyme. Chez tous, les fonctions génitales semblaient complétement rétablies et le sperme paraissait normal. La

(1) *Loc. cit.*

semence fut examinée à plusieurs reprises et à des intervalles de plusieurs semaines, sans qu'on pût y découvrir aucun spermatozoaire. M. Gosselin perdit de vue tous ces individus, sauf deux, et, chez ceux-ci, les spermatozoaires reparurent dans la semence deux mois après environ, concurremment avec la disparition complète de l'induration dans l'épididyme d'un côté. Dans les cinq autres cas, la double épididymite s'était manifestée plusieurs années auparavant. Un homme âgé de quarante-cinq ans avait été attaqué par la maladie, il y avait vingt ans ; mais la callosité qui s'en était suivie n'avait pas existé longtemps, et l'on trouva des spermatozoaires dans la semence. Chez un autre, la maladie qui remontait à cinq ans avait laissé une induration considérable à la partie inférieure de chaque épididyme. La santé générale était bonne ; mais on ne découvrit aucune trace de spermatozoaires. Dans les trois autres cas, la maladie avait eu lieu quatre, six et dix ans auparavant. Il y avait induration des deux côtés ; les testicules n'avaient subi d'ailleurs aucune altération, les indications de virilité étaient satisfaisantes, et la semence présentait son apparence ordinaire. Ces individus, tous mariés depuis plusieurs années, n'avaient pas d'enfants, et le sperme, soigneusement examiné fut trouvé dépourvu de spermatozoaires. L'un d'eux avait eu des enfants d'une première femme, avant l'attaque d'épididymite double. Depuis la publication des observations qui précèdent, M. Gosselin a

rencontré deux hommes qui, après avoir souffert pendant leur jeunesse d'une épididymite bilatérale, avaient conservé une induration de chaque côté. Ils étaient mariés depuis plusieurs années et n'avaient pas d'enfants, bien qu'en eux la puissance virile ne parût point affaiblie, mais le sperme était complétement privé de spermatozoaires. »

Ainsi l'inflammation des testicules est une chose de grande importance; qu'elle soit le résultat de causes spécifiques, d'accidents, de refroidissements, ou de métastase parotidique. J'ai vu un cas d'épididymite de ce genre dans lequel les testicules avaient perdu le pouvoir de produire des spermatozoaires. C'est du reste un fait heureux et digne de remarque que l'épididymite, quelle qu'en soit la cause, n'affaiblit nullement l'appétit sexuel ou la puissance de le satisfaire.

La semence dépourvue de spermatozoaires possède l'odeur *sui generis* qui lui est ordinaire, mais elle n'a pas l'apparence uniforme qui appartient à la sécrétion normale. Lorsqu'on la regarde par transparence, on y voit flotter un petit nombre des flocons blanchâtres formés par du mucus. Toutefois, j'ai rencontré deux cas où elle avait, quoique manquant de spermatozoaires, la couleur et l'apparence de la semence de meilleure qualité. Elle est insoluble dans l'eau chaude comme dans l'eau froide, au milieu de laquelle elle flotte, sans s'y mêler, en flocons nuageux, comme le fait le mucus ordinaire. Plus transparente que la bonne

semence, elle est moins laiteuse et moins opaque, et sous le microscope elle offre l'apparence du mucus. J'ai vu des échantillons de semence pleins de spermatozoaires, mais chargés de mucus qui venait probablement de l'appareil glanduleux du col de la vessie, et je dois dire, à ce propos, que je possède un cas qui témoigne du fait qu'un homme n'est pas nécessairement stérile parce que sa semence contient une trop grande proportion de mucus.

La semence normale tombe goutte à goutte du bout de la seringue aussi aisément que de l'eau; si l'on en verse une petite quantité dans un verre d'eau, elle s'y mêle et s'y dissout immédiatement, pour peu qu'on l'agite. La semence anormale, mêlée de mucus, au lieu de quitter la seringue aussi soudainement, file plus ou moins, avant de se séparer en gouttes; en tombant dans l'eau, elle conserve sa ténacité, et une petite partie seulement se dissout, tandis que le reste flotte en petites parcelles, et parfois se dépose au fond du verre sous la forme d'un sédiment blanchâtre.

Quelquefois la stérilité chez l'homme dépend d'un rétrécissement qui s'oppose à l'émission de la semence, laquelle est, en conséquence, refoulée dans la vessie, après l'acte copulatif. Cet état est naturellement curable, au moyen du traitement approprié au rétrécissement.

J'ai dit au commencement de cette section, que, « pour assurer la conception, la semence, contenant

les spermatozoaires vivants, doit être déposée dans le vagin en temps opportun. »

C'est une opinion vulgaire, partagée par beaucoup de savants, que pour assurer la conception, l'acte sexuel doit être accompli avec une certaine plénitude, qui cause aux deux parties, dans le même moment, une satisfaction complète. M. Roubaud (1) a même consacré plusieurs pages à l'étude de la frigidité chez la femme, et maintes fois j'ai entendu des maris se plaindre de la froideur de leurs femmes, et attribuer à cette disposition leur insuccès à procréer; parfois aussi la femme, de son côté, est disposée à croire que cet insuccès est dû à l'éjaculation prématurée du mari. Tous deux ont tort.

Dieu, en nous donnant des appétits et des désirs, en faisant que l'acte de la copulation fût accompagné d'un éréthisme agréable, n'a eu d'autre but que de nous forcer à « multiplier et à peupler la terre ». Sans cela, la famille humaine serait depuis longtemps au nombre des fossiles qui représentent les espèces éteintes. Peu importe que l'acte du coït soit accompli d'une manière brusque et peu satisfaisante, pourvu que la semence, avec le principe fécondant qui lui est propre, soit déposée dans le vagin, au moment opportun; peu importe également que le rapprochement sexuel ait lieu d'une façon parfaite et satisfaisante, si la semence ne

(1) *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme*, par le docteur Félix Roubaud.

possède pas cette puissance fécondante. J'ai connu des ménages d'une grande frigidité qui n'en avaient pas moins une nombreuse postérité, et, d'un autre côté, j'en ai vu qui demeuraient constamment stériles, bien qu'ils fussent constitués différemment, et que, chez eux, les sensations fussent vives.

On pourrait penser que je dépasse ici les limites de la bienséance, même dans un ouvrage purement chirurgical; mais ce qui me justifiera, j'espère, c'est qu'une fausse doctrine a obtenu une créance presque universelle, et que de jeunes médecins, connaissant exactement les faits, tels qu'ils sont, pourront faire beaucoup pour le bonheur des familles, en rectifiant leurs idées sur un point d'une importance plus essentielle à la félicité domestique que ne peuvent jamais se l'imaginer plusieurs d'entre nous.

Revenons aux pages 404 et 405, et relisons les cas où la conception eut lieu pendant que les femmes étaient éthérisées, et demandons-nous quelle action peut avoir eu sur le résultat obtenu une sensation purement voluptueuse. Notre littérature fourmille de cas où la conception s'est accomplie, bien que le fluide séminal n'eût été répandu qu'à l'entrée du vagin, et que l'hymen fût resté intact.

J'ai vu, ainsi que sir Joseph Olliffe, le docteur Campbell (de Paris) et bien d'autres, des exemples de cette sorte. Plusieurs constituaient des cas de vaginisme, où la souffrance et le spasme du sphincter vaginal ne per-

mettaient pas la pénétration. Alors la semence était répandue à l'entrée du vagin, et une petite partie seulement passait par l'hymen.

M. Tardieu (1), professeur de la Faculté de Paris, rapporte un exemple remarquable de conception survenue à la suite de titillations lascives, dans des circonstances les plus malheureuses et les plus contraires à la nature. La semence était ordinairement répandue à l'entrée du vagin, dans la croyance que la conception ne pouvait avoir lieu, si le coït n'était pleinement consommé. Mais les suites prouvèrent qu'il en fut autrement, et M. Legrand, qui délivra la jeune fille, trouva le vagin virginal.

Je priai un jour le mari d'une dame affectée de vaginisme de me permettre de visiter sa femme une heure après l'acte sexuel, afin de voir s'il était entré de la semence dans le vagin. Il n'avait pas tenté l'acte depuis plus de dix jours, et il me dit que par suite de l'état nerveux où il se trouvait, il avait répandu la semence au moment du contact, ce qui rendait par conséquent toute exploration inutile.

Cet accident fut cause que je ne vis pas la malade au moment convenu, mais je la visitai quelques heures plus tard pour un autre objet, et je puisai dans le canal cervical une dizaine de gouttes d'un mucus clair et transparent. La tentative de copulation avait été

(1) *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs,* par Ambroise Tardieu. Paris, 1859.

faite à huit heures du matin, la malade ne sortit du lit qu'à onze. A midi, je la vis, et c'est alors que je recueillis le mucus cervical. J'avais l'intention de l'examiner immédiatement au microscope, mais les circonstances ne me le permirent pas, et je ne le fis qu'à minuit, douze heures après l'avoir pris, et seize heures après la tentative de coït.

Dans ce mucus cervical, je trouvai un spermatozoaire solitaire, qui manifestait la plus grande activité.

J'examinai la totalité des dix gouttes de mucus, mais je ne pus en découvrir un autre, et je m'assurai qu'il n'y en avait aucun non plus dans le mucus vaginal. Comment un seul spermatozoaire s'était-il frayé un passage dans le canal cervical? Peut-être une seule goutte, une demi-goutte de semence avait-elle traversé la petite ouverture de l'hymen. La malade était restée au lit trois heures après le rapprochement sexuel, et, pendant ce temps, ce spermatozoaire errant avait fait trois pouces et demi de chemin, de l'hymen au museau de tanche (car le vagin était très-long et très-étroit), et il avait pénétré dans le canal du col, tandis que le reste du fluide séminal s'était échappé au moment où la femme avait quitté son lit.

Ce cas est curieux, en ce qu'il montre :

1° Que la liqueur spermatique peut entrer dans le vagin sans qu'il y ait eu pénétration;

2° Qu'un spermatozoaire peut, dans un temps comparativement court, parcourir une distance considérable;

3° Qu'il peut vivre longtemps hors du corps, pourvu que la température ne soit pas trop basse. Cette observation avait été faite un des jours les plus chauds de juillet.

Nous savons très-bien que, pour rendre la conception possible, le sperme, ou plutôt son principe fécondant, les spermatozoaires, doit passer dans la cavité de l'utérus, sinon plus loin. Comment cela se fait-il? Pénètre-t-il dans le canal cervical au moment de l'éjaculation? Ou les spermatozoaires s'y portent-ils graduellement et plus tard, au moyen de leur puissance locomotive?

Je n'ignore pas qu'on a fait à ce sujet des observations sur le vivant, et qu'un petit nombre d'autopsies en cas de mort arrivée subitement après le coït ont démontré la présence des spermatozoaires dans la cavité de l'utérus. Mais cela ne résout pas les questions que j'ai soulevées. Le fait avéré de grossesse survenue fréquemment sans pénétration prouve d'une façon décisive que les spermatozoaires peuvent traverser et traversent très-certainement toute la longueur du vagin; qu'ils entrent dans le canal du col, et que, parcourant toute son étendue, ils s'avancent encore jusqu'à ce qu'ils atteignent l'œuf et le fécondent. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se font habituellement.

J'ai maintes fois examiné l'état de l'utérus, quatre ou cinq minutes après le coït, et presque toujours j'ai trouvé les choses dans l'état décrit à la page 423;

fréquemment aussi j'ai pris du mucus dans le canal cervical immédiatement après l'acte sexuel, d'abord une goutte au museau de tanche, puis un pouce plus haut. Dans ces circonstances, si le col de la matrice est dans un état normal, et que le museau de tanche, convenablement ouvert, soit rempli de mucus sain, on y trouvera des spermatozoaires en plus ou moins grand nombre.

Ainsi, on voit qu'ils entrent dans le col, en quelque sorte, soudainement. Si j'avais à m'expliquer sur ce phénomène physiologique, je supposerais que le gland appliqué sur le col par une contraction du constricteur supérieur du vagin, exerce sur lui une pression qui chasse nécessairement du canal cervical les humeurs qu'il contient. Plus tard les parties se relâchent, l'utérus revient soudainement à son état normal, et aspire en quelque sorte le fluide séminal qui remplit le vagin, par un procédé semblable à celui par lequel un fluide pénétrerait dans une bouteille de caoutchouc, qui, ayant été légèrement comprimée de manière à expulser une portion de son contenu, se trouverait ensuite avoir son orifice plongé dans un liquide quelconque.

Si l'utérus est affecté d'une rétroversion importante ou d'une antéversion considérable, on ne trouve pas de spermatozoaires dans le canal cervical. Dans le premier cas, cela tient à ce que le museau de tanche trop fortement pressé contre la symphyse pubienne et soumis au contact du gland, il y a rapprochement de la lèvre

postérieure contre la lèvre antérieure, ce qui ne permet pas au canal cervical de se vider. Dans le second cas, dans l'antéversion complète, l'orifice étant tourné dans la direction de la cavité du sacrum, le même acte et la même pression rapprochent la lèvre antérieure contre la postérieure; le vide ne se produit point, et il n'y a pas de place pour le fluide nouvellement introduit.

On voit par là que, selon moi, le col de l'utérus se raccourcit pendant l'éréthisme du coït, par la pression exercée sur lui dans la direction de son grand axe, quand sa situation est normale; chose impossible s'il est dans une position qui s'en éloigne beaucoup. J'ai parlé d'un constricteur supérieur du vagin, et je lui ai attribué une certaine fonction, qui consiste à presser avec force et à un moment donné le gland contre le museau de tanche. Je n'ai pas fait de dissections pour prouver l'existence de ce muscle spécial; mais je ne doute pas qu'il n'existe, et j'ai la certitude que quelque anatomiste le disséquera et le décrira un jour, car j'ai vu cent fois des manifestations de sa présence. Dans les investigations utérines faites avec mon spéculum, la malade étant sur le côté gauche, on peut voir de temps en temps la paroi postérieure du vagin vis-à-vis du museau de tanche se contracter et se plisser graduellement, jusqu'à ce qu'elle soit presque en contact avec le col. Ce phénomène est évidemment produit par les bandes circulaires des fibres musculaires qui occupent la partie supérieure du vagin.

Ce phénomène se rencontre plus souvent chez les malades qui s'effrayent et manifestent une certaine agitation nerveuse. J'en ai été témoin maintes fois, et ce qu'un homme a vu, un autre peut le voir, quand son attention est appelée de ce côté. Il importe peu que cette explication soit exacte ou non, pourvu que d'autres observateurs établissent le fait que la semence pénètre dans le canal cervical immédiatement après le coït.

Nous avons déjà discuté quelques-uns des obstacles matériels qui s'opposent au passage de la semence dans la cavité utérine, et nous avons vu qu'ils résident presque uniformément dans le col. Aussi plusieurs esprits spéculatifs ont-ils songé à franchir cette barrière, et à introduire d'emblée l'agent fécondant dans la cavité de l'utérus. Mais l'exécution pratique d'un tel mode opératoire est entourée de difficultés. Quelle chose délicate et difficile, par exemple, que de disposer les préparatifs nécessaires! C'est d'abord la température des instruments, car les plus légères variations de chaud ou de froid sont fatales à la vie des spermatozoaires. Ensuite c'est la quantité de semence à introduire: sera-ce beaucoup ou peu? Puis vient la délicatesse de l'appareil à employer, et le temps propice à l'opération. Lorsqu'on envisage toutes ces circonstances, on peut apprécier les difficultés de l'exécution pratique d'une chose qui, de prime abord, paraît être, théoriquement, si simple. Depuis Spallanzani et Rossi, qui, avec une seringue, injectèrent la semence d'un chien dans le vagin d'une

chienne, et virent s'ensuivre la fécondation, on a supposé que, dans l'espèce humaine, ce procédé mécanique pourrait être poussé plus loin encore, en injectant la semence du canal vaginal dans la cavité de l'utérus. Mais je ne sache pas qu'on ait publié aucun récit d'expériences de cette sorte.

Il y a quelques années, j'ai fait une suite d'expériences à ce sujet, et je n'ai vu qu'une seule fois survenir la conception. Le docteur George Harley, professeur au collége de l'Université, à Londres, m'informe qu'à plusieurs reprises, il a expérimenté l'injection de la semence dans la cavité de l'utérus, mais sans résultat. J'ai entièrement abandonné cette étude, et je ne compte pas y revenir; mais, comme d'autres peuvent être disposés à faire de nouvelles tentatives dans cette voie, je veux les faire profiter de mon expérience.

Avant de se mettre à l'œuvre, il faut s'assurer que la semence est parfaitement normale, et qu'elle ne peut pas entrer dans le canal cervical par la voie naturelle. Chez toutes les femmes qui servirent à mes expériences, il existait une étroitesse de ce canal; deux d'entre elles avaient en outre une flexion complète à l'orifice interne, et les observations expérimentales démontrèrent que chez aucune la semence ne s'était jamais introduite dans le canal. Dans tous ces cas, l'incision de l'orifice et du col eût été l'opération à faire; mais ces malades, trop craintives pour oser s'y soumettre, avaient préféré tenter l'injection utérine, malgré son incertitude. Dans

mes premières expériences, cette injection fut souvent plus douloureuse qu'une opération quelconque, car elle causa fréquemment de violentes coliques utérines. Je n'avais aucune donnée pour me guider, et je commençai par injecter lentement trois ou quatre gouttes du fluide séminal, qui produisirent des symptômes graves; ensuite je n'en injectai que deux gouttes, puis une, jusqu'à ce qu'enfin je reconnus qu'une demi-goutte était bien suffisante. Je dirai même que je ne soupçonne pas que cette quantité pénètre jamais dans la cavité de l'utérus quand on emploie la voie de la nature, et je m'étonne aujourd'hui de ce que j'ai commencé d'une façon si héroïque. Qu'il me suffise de dire que je n'ai vu qu'une fois, une seule fois, la conception résulter de cette fécondation artificielle. Le fait est assez important pour que je le donne en détail.

Ma malade, âgée de vingt-huit ans, était mariée depuis neuf, sans avoir eu d'enfants. Depuis qu'elle était réglée, elle souffrait d'une dysménorrhée plus ou moins pénible, souvent accompagnée de grands troubles constitutionnels, tels que nausées, vomissements, migraines. Elle avait une rétroversion avec hypertrophie de la paroi antérieure, induration et conicité du col; le canal était resserré, particulièrement à l'orifice interne, conséquence de la flexion causée par le déplacement; outre tous ces obstacles matériels, le vagin ne retenait jamais la semence. J'examinai cet organe plusieurs fois fort peu de temps après l'acte sexuel, et

jamais je n'y trouvai une goutte de semence, quoiqu'elle eût été répandue en très-grande abondance.

Cette malade voulait bien se soumettre à tout, excepté à une opération chirurgicale. Aucun cas pourrait-il offrir un plus grand nombre de difficultés à surmonter? La première chose qu'il y eût à faire consistait naturellement à corriger le vice de position et à maintenir l'utérus dans ses relations normales, au moyen d'un pessaire convenablement ajusté, dans l'espoir que le vagin retiendrait la semence. Ce point a été discuté d'une manière si complète dans la section V, qu'il doit me suffire de dire que j'eus le bonheur de réussir à maintenir la matrice, et qu'une quantité suffisante de semence put être retenue, quoique la plus grande partie s'écoulât. Ces préparatifs faits d'une manière satisfaisante, j'étais prêt pour les injections utérines. Ces injections se répartirent sur une période de près de douze mois. Quelques-unes (deux) furent faites immédiatement avant les règles. Les autres (huit) le furent à différentes époques qui varièrent de deux à sept jours après qu'elles eurent cessé. Après avoir commencé par trois gouttes, je finis par n'injecter qu'une demi-goutte.

La figure 140 représente l'instrument avec lequel ces expériences furent faites, à l'exception du renflement qu'on voit au bout du tube. L'instrument est de verre. Le piston marche librement, afin de recueillir la semence; mais, pour graduer exactement la quantité

à injecter, il y avait un petit écrou *a*, qui pouvait être tourné contre la tige du piston, sur laquelle était ciselée une vis. Ce petit écrou empêchait le piston de descendre autrement que par l'action de la vis. Lorsqu'on voulait faire sortir le contenu de la seringue, une demi-révolution du piston en chassait une demi-goutte, la révolution entière une goutte, et ainsi de suite, comme on le fait avec l'instrument de Pravaz pour les injections endermiques. Il fallait apporter le plus grand soin à ménager la température de la seringue. Je la plaçais dans un bol d'eau chaude, marquant au thermomètre 98° Fahr., ni plus ni moins. Mais, comme le transport de l'instrument du bol d'eau chaude au vagin devait être nécessairement suivi d'une diminution de température, je pris l'habitude de le laisser séjourner environ une minute dans le vagin, avant d'y introduire la semence, afin de lui assurer la même température que le fluide dans lequel se jouaient les spermatozoaires.

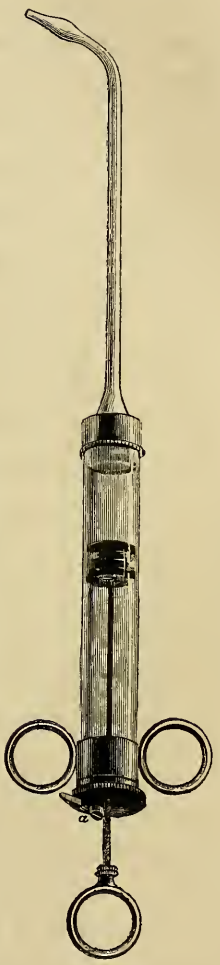

Fig. 140.

La figure 141 représente le volume du tube de verre que j'employai la dernière fois. Dans ce cas, *a* est le point où était attaché un fil destiné à empêcher que l'instrument ne fût introduit trop profondément dans la cavité de l'utérus. Ce point était exactement fixé à un pouce neuf soixantièmes de l'extrémité, longueur qui, je crois, ne doit pas être dépassée. De cette façon, l'instrument n'était jamais porté assez loin pour léser la membrane qui tapisse l'utérus, ou pour porter atteinte à la vitalité de l'œuf, si déjà il était descendu dans cette cavité. Je craignais que l'un de ces accidents, sinon tous les deux, ne fût arrivé dans mes premières expériences. Dans le cas particulier qui nous occupe, après avoir recueilli environ quatre gouttes de semence, l'instrument fut introduit avec précaution dans le canal cervical, jusqu'à ce que la pointe fût mise en contact intime avec le museau de tanche ; puis j'imprimai lentement une demi-révolution au piston, ce qui fit sortir avec la même lenteur une demi-goutte de semence; j'eus soin de maintenir la seringue en place pendant dix ou quinze secondes, et après l'avoir retirée, je recommandai à la patiente de rester tranquillement dans son lit pendant deux ou trois heures.

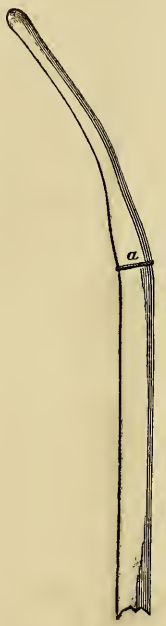

Fig. 141.

Ce fut dans ces circonstances et après la dixième tentative, que la conception eut lieu. Tout alla favorablement jusqu'au quatrième mois ; mais alors une chute et une frayeur causèrent malheureusement une fausse couche, dont la malade ne se releva qu'avec beaucoup de difficulté. J'ai rapporté minutieusement ce fait, parce que je présume qu'il est le premier et peut-être le dernier cas authentique dans lequel la fécondation artificielle ait réussi sur l'espèce humaine, et aussi parce que résumant à peu près la somme et la substance de mes connaissances à ce sujet, il peut servir de guide aux observateurs futurs qui auraient la curiosité, le loisir, le courage et la persévérance de tenter de nouvelles expériences dans cette voie.

Celles dont je viens de parler furent faites sur une demi-douzaine de personnes différentes, dans l'espace de deux années, et je pratiquai cinquante-cinq injections utérines. Je crois pouvoir en retrancher la moitié comme ayant été mal faites, ou faites avec des instruments mal construits, et dans des circonstances mal choisies, ce qui donne en dernière analyse une conception sur vingt-sept essais environ. Je ne doute pas que le champ de nos connaissances en embryologie ne s'agrandisse, et j'espère que dans quelques années, lorsque nous comprendrons mieux les lois de la conception, viendra quelque expérimentateur qui appliquera avec plus de précision que je ne l'ai fait le principe que j'ai cherché à établir par ces expériences. Si nous connais-

sions mieux la période la plus propice à la conception, cette fécondation mécanique deviendrait probablement assez exacte pour qu'on pût y compter, dans les cas où elle serait impossible autrement.

La science, même de nos jours, démontre de temps en temps la sagesse des lois données par Moïse, et je n'en veux pour exemple que la découverte des trichines dans le cochon, découverte qui justifie la proscription de sa chair parmi les Hébreux, comme substance alimentaire malsaine. De plus, les lois qui portaient sur l'impureté et la purification de la femme pendant la période menstruelle sont conformes aux doctrines acceptées de nos jours, en ce qui concerne le moment propre à la conception. « Si ses règles ont cessé d'avoir cours (dit le *Lévitique*, xv, 28), elle comptera sept jours, et après cela elle sera pure. »

On convient généralement que les menstrues sont signe de l'ovulation; qu'elles sont préparatoires à la réception de l'œuf; que l'œuf arrive dans la cavité de l'utérus de deux à dix jours après les règles, et qu'il doit être fécondé sur un point compris entre l'orifice interne et l'ovaire, en venant se mettre en contact avec les spermatozoaires. Le docteur Ritchie (1), de Glasgow, croit, avec beaucoup de physiologistes modernes, que l'utérus lui-même est le siége normal de la conception.

(1) *Contributions to assist the Study of Ovarian Physiology and Pathology*, by Charles G. Ritchie, M. D., etc., etc., p. 101. John Churchill et Sons, 1865.

Or, s'il en est ainsi, il s'ensuit que le temps le plus convenable pour assurer cette fécondation est renfermé dans les dix jours qui suivent les menstrues, et c'est du reste la doctrine généralement acceptée. Toutefois je ne doute pas que la conception ne puisse avoir lieu à quelque époque que ce soit, eu égard au retour des menstrues, car je connais plusieurs exemples dans lesquels elle s'est accomplie indubitablement dans la semaine qui précédait le flux.

Sir Joseph Olliffe et moi avions envoyé une de nos malades en Espagne, au printemps de 1864. Soumise à un traitement de trois ou quatre mois pour une ménorrhagie, elle avait vécu entièrement séparée de son mari pendant tout ce temps, et nous lui avions recommandé, outre cela, une continence absolue jusqu'à ce qu'elle eût passé un certain temps en Espagne. Notre recommandation, écoutée d'abord, fut oubliée quarante-huit heures avant l'apparition attendue des règles; mais elles manquèrent : la conception avait eu lieu, et une fille vint au monde au terme voulu.

Le mari d'une dame d'un rang élevé, âgée de trente ans et mère de trois fils, dont le plus jeune avait trois ans, était allé en terre sainte; après une absence de cinq mois, il revint chez sa femme cinq jours avant le retour présumé des menstrues. Obligé de s'éloigner tout à coup pendant plusieurs jours pour quelque affaire urgente, il n'avait passé qu'une seule nuit avec sa femme, qui conçut cependant et lui donna une fille.

J'ai donné mes soins pendant près de deux mois à une dame âgée de vingt-huit ans, pour une maladie du canal cervical, que je traitai entièrement avec des tampons d'ouate imbibés de glycérine contenant en dissolution divers remèdes, tels que du tannin. Lorsque je la trouvai assez bien pour la renvoyer chez elle, son mari vint la chercher. Je tenais à savoir si les sécrétions étaient normales : un rapprochement sexuel eut donc lieu, à ma requête, deux jours avant le retour présumé des menstrues; mais elles ne parurent pas. La dame avait conçu, et elle était accouchée d'un fils au terme ordinaire.

Je puis affirmer l'honorabilité des personnes dont je viens de parler. J'ai rapporté ces trois cas pour témoigner du fait que la conception peut avoir lieu et a lieu en effet à la veille de l'arrivée des règles. Je pourrais également citer plusieurs exemples authentiques, accompagnés de circonstances attestant indubitablement que la conception n'avait pu arriver que huit ou dix jours après la cessation du flux.

Lorsque je m'engageai dans ces expériences sur l'introduction artificielle de la semence dans la cavité de la matrice, je fis douze à quinze essais avant d'être renseigné sur la quantité de la semence à injecter; quant au moment propice de l'opération, je n'en fus jamais entièrement sûr. A ceux qui désirent ardemment une progéniture, je recommande ordinairement l'acte sexuel le troisième, le cinquième et le septième jour

après la cessation du flux, et le cinquième et le troisième avant son retour présumé, et seulement une fois chaque jour. Pour les raisons les plus évidentes, l'acte doit toujours avoir lieu le soir, en se mettant au lit, et non le matin, au moment du lever.

La position horizontale favorise la rétention de la semence, la position verticale seconde son expulsion. Je suis convaincu que la trop grande fréquence des rapprochements sexuels est nuisible aux deux parties. Elle affaiblit la semence, qui devient moins riche en spermatozoaires, et, quand ces actes prennent le caractère d'une débauche, le fluide éjaculé peut en être complétement dépourvu. Mieux vaut dans tous les cas ménager les ressources de l'homme et de la femme, et que l'acte sexuel ne s'accomplisse jamais sans une impulsion spontanée de la nature, dont les libéralités sont bien dignes de contemplation, en présence des provisions qu'elle fait pour la fécondation, dans le règne végétal comme dans le règne animal. Nous savons qu'il suffit de peu de semence et d'un bien petit nombre de spermatozoaires pour féconder l'œuf; la pisciculture l'a manifestement démontré, et nous pouvons en inférer, je crois, qu'il en est de même pour toute la création. Je ne sais si personne a jamais songé à mesurer la quantité de semence éjaculée dans l'acte de la copulation, mais je ne crois pas qu'il soit possible d'y arriver avec exactitude. Cette réflexion m'a conduit à faire quelques observations sur ce sujet; je ne les

place ici qu'au point de vue de leur intérêt physiologique et non de leur importance thérapeutique.

Chez la plupart des femmes, une partie considérable de la semence s'échappe au moment de l'accomplissement de l'acte copulatif et de la séparation des sexes; l'autre partie reste dans le vagin pour s'en écouler graduellement. J'ai dû plusieurs fois examiner, immédiatement après le coït, des femmes dont le vagin retenait presque tout ce qu'il avait reçu.

Le périnée et les fesses étaient aussi secs que s'il n'y avait point eu de rapprochement, et la quantité de semence retenue me semblait être si grande, que je fus amené, en plusieurs occasions, à la retirer avec une seringue, et à la mesurer ensuite : j'ai constaté qu'il y en avait ordinairement *une dragme et dix minimes* (un peu plus de 4 grammes); ce qui ne représentait pas assurément toute la quantité déposée, car une partie très-considérable, inhérente au mâle, doit toujours être entraînée par lui, au moment de la séparation.

Il importerait de rechercher pendant combien de temps les spermatozoaires peuvent vivre dans la matrice, car, jusqu'ici, je ne sache pas que cette question ait été résolue par des expériences suffisantes. Le docteur S. R. Percy (1), de New-York, rapporte un cas dans lequel il a trouvé « quelques spermatozoaires vivants, et beaucoup d'autres morts », provenant du

(1) *American Medical Times*, 9 mars 1861.

col de l'utérus, huit jours et demi après le dernier rapprochement sexuel. Depuis ce moment, le mari de la malade avait été absent de la maison.

J'ai maintes fois examiné la semence afin d'être fixé sur ce point, et je crois pouvoir dire avec certitude : 1° que les spermatozoaires ne vivent jamais plus de douze heures dans le mucus vaginal; 2° qu'ils vivent au contraire beaucoup plus longtemps dans le mucus cervical. En effet, lorsqu'on examine le mucus cervical trente-six à quarante heures après le coït, on trouve ordinairement autant de spermatozoaires vivants que de morts, tandis que dans le vagin tous sont morts au bout de douze heures. Toutefois mes observations à ce sujet ne sauraient être, dans la nature des choses, acceptées comme règle, car toutes ont été faites sur des femmes qui étaient ou qui avaient été affectées de maladie utérine quelconque.

Voici une observation recueillie sur une malade parfaitement digne de foi. « Acte sexuel à onze heures du soir, le samedi ; examen microscopique des sécrétions le lundi à trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire quarante heures après. Le mucus vaginal contient quelques spermatozoaires morts, aucun de vivant ; le mucus cervical en contient un grand nombre très-vivaces et fort peu de morts. »

J'extrais ces lignes de notes déjà anciennes. Je ne voyais pas de raison pour que ces spermatozoaires si vivaces ne pussent vivre pendant longtemps encore, et

j'ai constaté que plusieurs d'entre eux vécurent même six heures après que je les eus retirés. C'était en juillet.

Avant de terminer ce chapitre, je citerai quelques exemples de nature à faire connaître le temps le plus propice à l'acte sexuel, après les menstrues, pour assurer la conception.

Une menstruation arriva le 7 et finit le 10. L'acte sexuel eut lieu le 11. Dans la matinée du 12, la femme partit pour les bains de mer, où elle resta plus d'un mois séparée de son mari. Jusque-là les menstrues avaient toujours été régulières, mais le 5 du mois suivant elles ne parurent pas, comme elle s'y attendait. Craignant que les bains de mer ne fussent en cela pour quelque chose, elle consulta un médecin, qui lui ordonna de les suspendre, et lui prescrivit quelques emménagogues puissants pour provoquer le flux; mais ce fut en vain. L'époque suivante manqua également, et, à sa grande surprise, il fut reconnu qu'elle était grosse. En effet, elle accoucha à terme, d'un fils.

J'avais opéré une dame, âgée de trente ans, qui, mariée à quinze, n'avait point eu d'enfants. Je lui recommandai l'acte sexuel le troisième, le cinquième et le septième jour après la cessation des menstrues. Celles-ci, arrivées le 8 du mois, cessèrent le 12; le rapprochement sexuel eut lieu le 17, et un fils naquit neuf mois après, le 16.

Dans le cas où fut faite l'injection utérine dont j'ai parlé page 444, les menstrues commencèrent le 2 du

mois, finirent le 6, l'acte sexuel eut lieu le 12 ; l'injection utérine ne fut faite que cinq ou six minutes après, et la conception prit date de ce moment.

Voici ensuite un cas où la conception eut lieu le jour même de la cessation du flux, et quatre jours seulement après son apparition ; un autre dans lequel elle eut lieu probablement cinq jours après que le flux eut cessé et neuf jours après qu'il eut commencé ; et un troisième dans lequel elle s'accomplit six jours après la fin du flux et dix jours après son commencement. Je pourrais citer d'autres faits semblables aux deux derniers, mais je m'arrête. Ils sont en parfait accord avec les doctrines reçues quant au temps propice à la conception, c'est-à-dire environ une semaine, plus ou moins, après la cessation des règles.

J'espère en avoir assez dit pour démontrer « qu'il » faut que la semence, avec les spermatozoaires vivants, » soit déposée dans le vagin en temps opportun, pour » que la conception s'accomplisse. »

CHAPITRE VIII.

IL FAUT QUE LES SÉCRÉTIONS DU COL ET DU VAGIN N'EMPOISONNENT NI NE TUENT LES SPERMATOZOAIRES.

Le vagin et le canal cervical sécrètent chacun un mucus qui leur est particulier. Celui du vagin est acide; celui du col est très-légèrement alcalin. Le caractère et la consistance de ces sécrétions se modifie sous l'action inflammatoire de l'appareil glanduleux qui leur donne naissance. Nous allons étudier les altérations que peuvent éprouver : 1° les sécrétions vaginales; 2° les sécrétions cervicales.

I. Le vagin est sujet à des actions inflammatoires de cause spécifique ou non.

La vaginite est une affection très-incommode, à quelque cause qu'on puisse l'attribuer. Elle a ordinairement une origine spécifique, mais elle peut naître spontanément. Quelquefois elle est causée par un écoulement irritant dont la source est dans l'utérus. « Il y a dans la vaginite, dit sir Charles Locock (1), un côté matériel qui se rattache à la leucorrhée, spécialement

(1) *Cyclopædia of Practical Medicine*, art. LEUCORRHOEA.

lorsque l'écoulement est purulent ou d'un caractère âcre, et dans ce cas il est bien connu que le commerce sexuel entraîne souvent, chez le mâle, une suite de symptômes qui ont beaucoup de ressemblance avec la gonorrhée. Lorsque cet accident se rencontre entre mari et femme, il cause souvent des troubles domestiques graves, l'une des parties accusant l'autre d'avoir contracté la maladie dans une liaison impure. »

Je suis malheureusement en mesure de certifier tout ce que dit à ce sujet cet écrivain distingué ; car j'ai vu, chez le mari, bien des cas d'inflammation de l'urèthre contractée de la femme, qui avait simplement une leucorrhée d'un caractère âcre.

Le traitement de la vaginite est maintenant réduit à une grande simplicité. La méthode de M. Demarquay réussit admirablement. Elle consiste à introduire un tampon de coton ou de charpie imbibé de glycérine tanninée dans la proportion de 8 à 10 grammes de tannin pour 31 grammes de glycérine. Ce pansement peut être conservé trois ou quatre jours, et selon M. Demarquay, le temps moyen du traitement par cette méthode est d'une quinzaine de jours environ.

Récemment le docteur John J. Black (1), de l'hôpital de Philadelphie, à Blockley, a fait plusieurs expériences ayant pour objet le traitement de la vaginite au moyen de suppositoires médicamenteux qui ont produit des

(1) *American Journal of the Medical Sciences*, n° XCIX, juillet 1865, p. 63.

résultats très-satisfaisants. Après avoir expérimenté le persulfate de fer, l'alun, le tannin, le copahu, et divers autres remèdes, il est arrivé à conclure que l'emploi des suppositoires est supérieur à toutes les autres méthodes; qu'ils sont plus efficaces, plus propres, plus commodes à porter, d'une application plus facile en tout temps, et qui n'exige le secours d'aucun instrument. Voici une des formules du docteur Black.

℞ Beurre de cacao.....	16gr,75
Sulfate de morphine.....	0,30
Persulfate de fer liquide....	144 gouttes.
Cérat.....	14 gram.

Pour douze suppositoires.

Un de ces suppositoires doit être introduit dans le vagin de deux jours l'un, excepté pendant la période menstruelle. « Le nombre moyen de jours requis pour la cure, dit M. Black, a été établi ainsi : Persulfate de fer liquide, neuf jours; alun et tannin, neuf jours et demi; huile de copahu, douze jours; pommade iodée, treize jours; onguent citrin, quatorze jours; chlorure de zinc, dix-neuf jours. » Les préparations les plus énergiques ont été inférieures aux plus douces.

Voilà qui est certainement préférable à l'ancien traitement toujours lent et peu satisfaisant, au moyen du nitrate d'argent et des lotions vaginales. Je ne sache pas que la vaginite, à proprement parler, soit absolument contraire à la vitalité des spermatozoaires qui, d'après M. Donné, peuvent vivre dans le pus, dans le sang et

divers autres fluides. J'ai souvent vu, en effet, la conception se produire là où le col de l'utérus était le siége d'une suppuration abondante, de sorte que le pus en lui-même ne leur fait point obstacle.

L'empêchement le plus fâcheux de ce genre réside, non dans la quantité, mais dans le caractère de la sécrétion vaginale. Il faut, comme je l'ai dit plus haut, qu'elle ne soit que légèrement acide; si elle l'est exagérément, elle tue instantanément les spermatozoaires, et j'ai vu des cas dans lesquels tous, sans exception, étaient morts cinq ou six minutes après le coït. Alors je pouvais toujours constater que le mucus vaginal n'était point abondant, mais que la surface du vagin avait une apparence rougeâtre, et que ses papilles étaient saillantes.

Il m'a suffi quelquefois d'inspecter simplement la surface du vagin, et de constater le degré d'acidité du mucus avec le papier réactif, pour prédire que ce mucus empoisonnerait probablement les spermatozoaires. Quand la sécrétion est normale, la couleur bleue du tournesol doit virer constamment au rouge pâle; quand au contraire elle est anormale, elle passe rapidement au rouge foncé. Deux fois j'ai vu la conception réussir là où le mucus vaginal empoisonnait les spermatozoaires. Mais dans l'un de ces deux cas, on avait remédié à l'excès d'acide par des injections légèrement alcalines, employées avant l'acte sexuel. Dans l'autre, la conception eut lieu de cette manière. Une dame âgée de vingt-huit ans, mariée depuis six, n'avait point

d'enfants. L'orifice était resserré, il fut incisé; malgré cela, il n'y eut pas de conception. Comme il y avait une induration du col, la malade fut soumise à un traitement pendant près de deux mois, et dès qu'elle fut guérie, son mari vint la chercher. Désireux de connaître le caractère de la semence, j'examinai le mucus vaginal quatre ou cinq heures après le coït : les spermatozoaires étaient tous morts. Le lendemain je les examinai de nouveau, mais, cette fois, cinq ou six minutes après l'acte; aucun n'était vivant. J'introduisis alors dans le vagin un petit tampon de coton humecté de glycérine, contenant en dissolution une certaine quantité de bicarbonate de soude (1 gramme par 31 grammes). Cette application fut répétée le lendemain. Le coton était attaché à un fil, afin de pouvoir le retirer plus facilement. Ce dernier tampon fut porté depuis deux heures de l'après-midi jusqu'à huit heures le lendemain matin, et le coït suivit son enlèvement. Alors non-seulement je trouvai une grande quantité de spermatozoaires vivants, mais encore aucun d'eux n'était mort. La conception data de ce moment, deux jours avant le retour attendu des menstrues, qui ne parurent pas. Depuis près de deux mois, nul commerce sexuel n'avait existé entre les époux. L'accouchement eut lieu à terme, et la délivrance fut heureuse.

Selon Kölliker, le phosphate de soude est particulièrement favorable aux mouvements des spermatozoaires. L'application de ce sel réussirait probablement

dans des cas pareils à celui que je viens de rapporter, mais je ne l'ai pas encore expérimenté.

II. De la leucorrhée cervicale.

Le docteur Bennet a beaucoup fait pour le traitement des maladies du col de l'utérus; et les travaux du docteur Tyler Smith sur la pathologie de la leucorrhée (1) sont de la plus grande valeur. Avec ces travaux et les traités fort étendus de West, de Churchill, de Hewith et de Mac Clintock, qui nous ont précédé et qui sortent tout nouvellement de la presse, je pourrai suivre encore la marche que j'ai adoptée jusqu'ici, c'est-à-dire donner tout simplement quelques exemples cliniques de procédés chirurgicaux manipulatoires.

La leucorrhée cervicale est une sécrétion surabondante des lèvres de l'orifice ou de la cavité du col. Elle est presque toujours de consistance albumineuse, et très-difficile à enlever. Sous le microscope elle offre le caractère du muco-pus. Quelquefois elle consiste en une sécrétion simplement exagérée qui ne paraît avoir aucune mauvaise qualité. Elle fait obstacle à la conception de deux manières : mécaniquement et chimiquement. Mécaniquement, en bouchant le canal cervical et en s'opposant ainsi au passage des spermatozoaires; chimiquement, en les empoisonnant ou les tuant. J'ai fréquemment vu la conception arriver après la cautérisation par le nitrate d'argent d'une érosion

(1) *The Pathology and Treatment of Leucorrhœa*, par W. Tyler Smith, D. M., professeur, etc., 1855.

granuleuse de l'orifice et du col de l'utérus. Aussi, à moins de raisons particulières, je n'interdis jamais l'acte sexuel pendant le traitement des engorgements ordinaires de ces parties. Lorsque la conception est survenue dans ces circonstances, je suis convaincu que le rapprochement sexuel a eu lieu dans les dix ou douze heures après l'usage du remède, ou au moins avant que l'eschare ait commencé à se séparer, ce qui est toujours suivi d'une sécrétion de muco-pus fatale aux spermatozoaires.

Le nitrate d'argent conservera probablement la bonne réputation qu'il a acquise dans le traitement des érosions granuleuses du col. Malheureusement, dans quelques cas, il provoque l'hémorrhagie, et c'est une des objections qu'on a faites à son emploi. Le docteur Wright (1), de l'hôpital de la Samaritaine, a récemment appelé l'attention sur l'emploi d'un composé d'iodure et de nitrate d'argent, tel qu'il existe dans « un bain ancien de nitrate photographique, encore brillant et clair, mais qui a servi assez longtemps pour qu'il se soit saturé d'iodure d'argent et contienne une quantité considérable d'éther. » Une circonstance toute fortuite le conduisit à l'emploi de cette préparation qui, dans les diverses formes de stomatite et dans les affections analogues de l'utérus, lui a paru beaucoup plus efficace que les solutions plus concentrées de nitrate d'ar-

(1) *The Lancet*, 18 mars 1865, p. 282 : « *The Topical Use of Silver Solutions*, par Henry G. Wright, M. D.

gent pur. Le docteur Gibb, qui l'a également employée comme topique, en a obtenu des avantages marqués dans les affections du gosier et du larynx. On peut se procurer ce « vieux bain » auprès de tout photographe honorable.

Quant à moi, je ne connais aucune application caustique de plus de valeur, dans ces engorgements du col, que l'acide chromique, comme je l'ai déjà dit page 48.

Je n'emploie maintenant la potasse à la chaux que dans des cas fort rares, et je crois qu'il n'en faut user qu'avec beaucoup de précaution. Dans les mains expérimentées d'hommes tels que Bennet et Tilt, je n'en redoute rien, car nous savons très-bien que par une longue expérience, on peut acquérir, dans l'administration des remèdes les plus énergiques, un tact qui les rend parfaitement inoffensifs. Ce fait a dû frapper quiconque a suivi M. le professeur Jobert (de Lamballe) dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et a pu voir avec quelle dextérité il se servait du cautère potentiel dans les mêmes maladies qui sont ici l'objet de nos considérations.

Il y a des hypertrophies et des granulations du col qui résistent obstinément à tout stimulant local, à toute application escharotique. Scanzoni recommande, dans ce cas, l'excision ou l'amputation de la partie affectée. Pendant plusieurs années j'ai suivi cette méthode, et souvent je suis parvenu à guérir ainsi, en

huit ou quinze jours, des affections qui avaient été traitées sans succès pendant plusieurs mois.

Les injections vaginales sont de quelque importance dans les maladies du col qui engendrent des écoulements leucorrhéiques. On doit les faire avec une seringue capable de lancer une quantité suffisante de liquide, sans fatigue pour la malade. Des solutions d'alun, de zinc, de plomb, de fer, de tannin, et d'autres astringents, peuvent être employés de temps en temps. Il ne faut jamais faire usage de lotions vaginales froides, car j'affirme les avoir vues produire beaucoup de mal. Elles suspendent, il est vrai, les écoulements leucorrhéiques, mais elles favorisent à un haut degré l'induration du col, chose à éviter autant que possible. Les injections vaginales doivent toujours être tièdes, quelque remède qu'elles contiennent en dissolution.

On a pensé qu'elles avaient bien peu d'action sur l'état du col; c'est une grande erreur. Les remèdes ainsi appliqués agissent par endosmose, et produisent non-seulement un effet local, mais parfois encore un effet constitutionnel. J'ai plus d'une fois entendu des malades se plaindre de la saveur du tannin, quelques minutes après son application au col de l'utérus. On pourrait supposer ici que l'imagination avait la plus grande part dans ce phénomène, ou que l'odeur était confondue avec la saveur; mais alors pourquoi se produisait-il encore, bien que la malade ignorât complétement quelle était la substance employée au panse-

ment; et s'il y avait de sa part confusion entre l'odeur et la saveur, pourquoi sa mère, sa tante ou la garde n'auraient-elles pas subi la même erreur, ce qui n'arrivait jamais? D'ailleurs, et j'en ai la conviction la plus parfaite, la saveur du tannin n'arrivait à la bouche que deux ou trois minutes après l'application du médicament au col de l'utérus.

On doit apporter beaucoup de soin dans l'emploi de la seringue. Que de fois on donne des injections vaginales qui n'atteignent jamais le cul-de-sac postérieur, ou même le cul-de-sac antérieur! Je ne puis comprendre qu'un homme ait jamais eu l'idée de faire une canule courbe, et cependant nous en trouvons dans tous les magasins. Si l'on introduit un tube courbe dans le vagin, la concavité en haut, l'extrémité frappera contre la paroi antérieure avant d'atteindre le col de l'utérus; si, au contraire, la concavité est tournée en bas, l'extrémité reposera invariablement sur la paroi postérieure du vagin, sans passer sous le col, et dans l'un et l'autre cas l'instrument ne remplit plus son but. Une seringue vaginale doit être à peu près de la grosseur du petit doigt et de quatre pouces de long. Il faut apprendre à la malade à s'en servir elle-même. Introduite dans le vagin, on la dirige en bas et en arrière, comme si elle devait être poussée dans la direction du coccyx. Il faut qu'elle pénètre doucement et presque par son propre poids, si la malade est dans la position horizontale, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par la résis-

tance élastique que lui oppose le cul-de-sac postérieur. On sait alors que le bout du tube est au-dessous et au delà du col de l'utérus.

Si le liquide est injecté à l'aide d'une canule ainsi placée, on est sûr qu'il entraînera toutes les sécrétions contenues dans le vagin, soit en haut, soit en bas. Nous ne pouvons être trop soigneux dans les instructions que nous donnons au sujet des injections vaginales, car, si elles ne sont pas convenablement appliquées, non-seulement elles ne procurent pas le bien qu'on en attend, mais elles peuvent encore déterminer des accidents très-douloureux, sinon dangereux. Nous savons tous quelle chose grave c'était autrefois d'injecter le fluide le plus anodin dans la cavité de l'utérus; plusieurs d'entre nous en étaient venus même à abandonner tout à fait cette pratique, jusqu'à ce que le docteur Savage eût démontré que l'injection faite après la dilatation de l'orifice interne, au moyen de la tente-éponge, était absolument sans danger. L'accident auquel je fais allusion comme survenant quelquefois quand on fait usage d'une seringue vaginale, est la conséquence d'une projection soudaine et violente d'un jet de liquide dans la cavité de l'utérus, ce qui produit une colique utérine effroyable, accompagnée des symptômes de prostration les plus alarmants. Toute personne qui a été témoin de l'extrême collapsus qui suit un tel accident ne pourra jamais oublier le sentiment de terreur qui s'est emparé de lui, en voyant sa malade, d'un état relatif de bien-

être, passer, pour ainsi dire en un moment, dans les étreintes de la mort.

C'est toujours dans les cas de rétroversion que j'ai vu la colique utérine survenir à la suite d'une injection. Dans ces cas, le museau de tanche se présentait dans la ligne de l'axe du vagin, et le bout du tube pénétrant dans l'orifice entr'ouvert, le liquide était directement lancé dans la cavité de l'utérus. Il est donc très-important d'apprendre aux malades atteintes de rétroversion à se servir de la seringue d'une manière aussi sûre qu'efficace, et dans tous les cas il est bon, pour prévenir tout accident, de boucher le petit trou qui se trouve à l'extrémité de la canule, et de ne laisser ouverts que les trous latéraux.

Parmi les liquides employés contre les sécrétions cervicales, je ne dois pas omettre les injections d'acide chlorhydrique dilué. J'avais donné à M. Swann, de Paris, plusieurs échantillons de sécrétions muco-purulentes, d'apparence albumineuse, provenant de la cavité cervicale, pour en faire l'objet de recherches expérimentales; il trouva que l'acide chlorhydrique dilué était le seul agent chimique capable de dissoudre ces sécrétions. Toutes les fois qu'il n'y a pas d'irritation du vagin ou de déchirure de l'épithélium, on peut s'en servir avec avantage, selon la formule suivante :

R. Acide chlorhydrique dilué.....	31gr,25
Eau distillée.....	220

Une cuillerée à bouche dans une pinte d'eau tiède, à injecter dans le vagin soir et matin.

Mais les lotions vaginales n'étant jamais qu'un des auxiliaires du traitement, on ne peut en attendre une guérison complète. Elles ont toutefois une valeur qui leur est propre, et l'on ne doit pas les négliger. Je ne connais rien de plus difficile à guérir qu'une leucorrhée cervicale chronique, et nonobstant les prétendus succès obtenus par tels ou tels remèdes, je crains que le jeune praticien, après les avoir employés, ne soit souvent désappointé.

Le professeur Courty, de Montpellier, ayant échoué dans le traitement de la leucorrhée cervicale par la méthode ordinaire, eut recours à un véritable expédient. Il laissa un morceau de nitrate d'argent dans le canal du col pendant plusieurs jours, et il en obtint de bons résultats. Le docteur Simpson a dernièrement appliqué dans le vagin divers remèdes sous la forme de suppositoires composés de beurre de cacao. J'en ai préparé moi-même d'un pouce un quart de long, assez minces pour passer dans toute la longueur du col, dans le but de maintenir divers remèdes en contact permanent avec la surface malade. Ceux que j'ai employés contenaient de la morphine ou de l'atropine, de l'alun, ou de l'acide tannique, ou du persulfate de fer, etc., à doses diverses, et je dois dire qu'ils promettent des résultats satisfaisants.

Une manière commode d'appliquer les remèdes localement sur le col de l'utérus est celle qui a été introduite, je crois, par Kiwisch, et qui consiste dans l'emploi

d'un tampon de coton ou de charpie saturé d'une solution du médicament qu'on veut employer. J'ai pendant longtemps suivi cette méthode, et j'ai toute raison d'en être satisfait.

Si l'on me demandait quel est, après l'obstruction purement mécanique du col utérin, le plus grand obstacle à la conception, je n'hésiterais nullement à répondre que c'est la sécrétion anormale du col.

Nous trouvons souvent, en effet, le mucus cervical si abondant, qu'il est aisé de comprendre que son abondance seule empêche matériellement le passage de la semence dans la cavité utérine. Sir Joseph Olliffe m'a communiqué un fait survenu chez la femme d'un médecin, restée stérile pendant plusieurs années, et dont l'orifice utérin était complétement obstrué par une petite masse de mucus visqueux, jusqu'à ce qu'enfin le mari médecin ait eu l'idée rationnelle de débarrasser, par une opération chirurgicale, le col de son mucus épaissi ; l'acte sexuel fut immédiatement après suivi de conception.

Il y a trois ou quatre ans, je ne savais encore que fort peu de choses relativement aux effets du mucus sécrété par le vagin et le col sur la vitalité des spermatozoaires ; aujourd'hui, je suis convaincu que la sécrétion du col, même quand elle est en apparence presque normale, est souvent un poison pour eux. Cela dépend sans doute de quelque qualité autre que son alcalinité seule, car j'ai souvent vu tous les spermatozoaires

morts dans le mucus cervical, sans qu'il fût alcalin à un degré extraordinaire. Mais, si je l'examinais au microscope, j'y trouvais une quantité exagérée de pellicules épithéliales, ce qui attestait, à mes yeux, un travail anormal de l'appareil glanduleux, et conséquemment une sécrétion vicieuse capable de tuer les spermatozoaires bien plus par sa densité que par son action chimique. J'ai remarqué, en effet, qu'ils vivaient plus longtemps dans le mucus le moins chargé de pellicules, et qu'ils mouraient plus vite dans celui qui en contenait le plus, sans que, pour cela, le papier réactif révélât aucune différence dans le caractère chimique des deux mucus.

Dans presque tous ces cas, après avoir appliqué la tente-éponge pendant six ou huit heures, j'ai pu découvrir par le toucher, sur un point quelconque du canal cervical, une petite excroissance cartilagïneuse, siége évident de cette sécrétion surabondante et anormale, tantôt restreinte à un seul point, tantôt étendue sur une surface plus ou moins grande. Parfois aussi la totalité de la membrane qui tapisse le canal n'est qu'une surface muco-pyogénique. Que devons-nous faire en pareil cas? J'ai déjà dit que je ne savais rien de plus difficile à guérir. La méthode du professeur Courty, qui consiste en une cautérisation prolongée, peut offrir quelques espérances de guérison; l'emploi des suppositoires intra-cervicaux, dont j'ai déjà parlé, peut aussi rendre des services; mais je suis disposé à

croire que nous ferons mieux de nous abstenir tout à fait des applications caustiques, pour avoir recours à quelque méthode qui modifie par pression la surface sécrétante (1).

Dans l'endocervicite, dit le professeur Byford (1), mon concitoyen, « une bougie d'orme, assez forte pour remplir la cavité du col, introduite aussi loin que s'étend l'inflammation, et laissée en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures, non-seulement prépare la voie aux autres applications, mais modifie favorablement la maladie par sa pression sur les capillaires. Je pense aussi que l'emploi de la tige intra-cervicale peut être avantageuse dans quelques cas, par la pression qu'elle exerce sur la partie enflammée de la cavité du col, et la modification qu'elle imprime à l'action des capillaires. »

Je suis tout disposé à recueillir les conseils du professeur Byford sur ce point, car j'ai vu des cas de conception succéder à l'usage de la tige intra-utérine, et je ne doute guère aujourd'hui que ses effets curatifs ne soient dus à son action modificatrice sur la membrane cervicale qui donnait naissance aux sécrétions anormales, plutôt qu'à la dilatation purement mécanique qu'elle imprime à l'orifice interne.

Dans la première partie de ce volume, j'ai fait quel-

(1) *The Practice of Medicine and Surgery applied to the Diseases and Accidents incident to Women*, par Wm. H. Byford, M. A., M. D., professeur, etc. Lindsay et Blakiston, 1865, p. 262.

ques objections à l'usage de la tige intra-utérine ; mais le docteur Greenhalgh en a construit une dont j'ai quelquefois obtenu de bons résultats. Elle a sur son prototype l'avantage de rester d'elle-même en place, et de permettre, parce qu'elle est tubulaire, aux sécrétions de s'échapper de la cavité utérine.

La figure 142 représente le volume de l'instrument; il a de deux à deux pouces et un huitième de long.

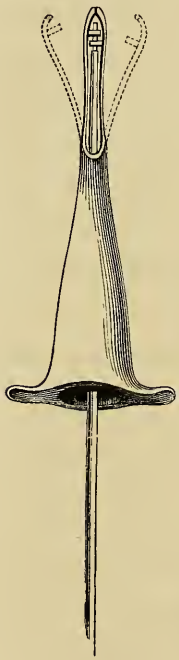

Fig. 142.

On l'introduit les ailes étant ramenées sur la ligne droite, au moyen d'un stylet, comme on le voit sur la figure. Aussitôt qu'il est parvenu à la profondeur voulue, on retire le stylet; les ailes s'écartent dans la cavité de l'utérus, l'orifice interne saisit l'instrument à sa bifurcation, et le bout inférieur repose contre le museau de tanche. On comprend sans peine que cet instrument ne peut être employé qu'après l'incision du col ou la dilatation au moyen d'une tente-éponge ou de *Laminaria digitata*. Je la préfère de caoutchouc vulcanisé (1), bien qu'on puisse la faire d'acier ou d'argent laminé.

Si j'ai vu des malades auxquelles cet instrument pro-

(1) Faite par Mayer, Great Portland Street, et aussi par Weiss.

curait beaucoup de soulagement, je dois dire que j'en ai rencontré d'autres qui ne pouvaient supporter sa présence pendant un seul moment, et la plupart du temps cette intolérance était due à l'existence d'une endométrite qui n'avait pas été soupçonnée auparavant. J'ai constaté que l'emploi d'un tube de feuille de plomb, selon la méthode du docteur Coghlan (1), donnait de très-bons résultats.

Je n'ai pu disposer aucun appareil propre à recueillir isolément les sécrétions de la cavité utérine pour les soumettre à l'examen microscopique et chimique. Un autre que moi le fera probablement un jour, et alors il nous sera plus facile d'étudier ces sécrétions au point de vue de l'influence qu'elles exercent sur la vie et la mort des spermatozoaires. Nous avons déjà fait de grands progrès dans l'étude des effets que produisent sur eux les sécrétions vaginales et cervicales; et j'appartiens à cette classe ardente de médecins qui regardent en avant dans l'espérance de voir surgir des idées plus larges et des méthodes plus certaines, non-seulement dans la spécialité qui m'occupe ici, mais encore dans toutes les branches de la médecine.

J'ai parlé longuement de la semence et de son examen; il est temps que je dise quelques mots des préliminaires de cet examen. Supposons que nous devions

(1) *On Dysmenorrhœa and Sterility, with Wood-cuts of New Instrument*, par John Coghlan, M. D (*Medical Times and Gazette*, 1861, 1862 et 1864).

examiner le mucus vaginal aussitôt après le coït, c'est-à-dire dans l'espace d'une heure, on recommande à la femme de vider la vessie avant l'acte, et de rester tranquillement couchée sur le dos, jusqu'au moment de l'exploration. Pour recueillir quelques gouttes du liquide contenu dans le vagin, il faut y introduire l'index, opérer une pression en bas et en arrière sur la paroi postérieure, précisément au-dessous du col utérin. La semence s'amasse nécessairement dans la poche formée par cette pression; on l'aspire alors au moyen de la seringue introduite le long du doigt jusqu'au delà de l'ongle. J'explique cette opération si simple avec quelques minuties, parce qu'en les négligeant, on peut échouer entièrement, même quand le vagin contient une grande quantité de semence.

Si, par exemple, on introduit la seringue au hasard, la membrane muqueuse vaginale est attirée par succion dans le bout du tube que l'on peut promener ainsi dans diverses directions, sans aspirer une seule goutte de mucus. Mais supposons que nous ne réussissions pas dans nos efforts, même bien dirigés, il faut alors placer la femme sur le côté gauche, et se servir de mon spéculum, qui démasquera toute la cavité du vagin, où la seringue puisera le liquide que nous nous proposons d'étudier.

Pour examiner le mucus cervical, il faut recourir à la fois au spéculum et à la position convenable. Il suffit alors d'éponger tout le mucus du vagin, particulière-

ment aux abords du col utérin. On introduit ensuite le bout de la seringue dans le museau de tanche, et l'on aspire une goutte du mucus qu'il contient. Il convient avant cela d'attirer le col en avant, afin de regarder dedans, et de voir exactement ce qu'il y a à faire. Si le mucus cervical est très-tenace, il se peut qu'on ne réussisse pas à en prendre; alors, à la tentative suivante, après avoir introduit la seringue et pompé le mucus, il faudra passer l'index de la main gauche jusqu'aux bords de l'orifice utérin, et faire glisser le bout de l'instrument jusque sur la pulpe du doigt, en évitant de le séparer de la surface muqueuse ou de détruire son adhérence. Il importe, avant de procéder à cette manipulation, de débarrasser le vagin de tout le mucus qu'il peut contenir, afin que la seringue ne puisse en recueillir une portion qui viendrait se mêler à celui du col, et nuire, par conséquent, à la précision de nos observations.

Si nous cherchons à recueillir du mucus sur un point plus élevé vers la cavité utérine, nous devons enfoncer la seringue d'un pouce dans le canal cervical, et conduire l'opération avec autant de délicatesse que nous venons de le dire. C'est avec intention qu'on a donné au bout de la seringue la forme bulbeuse que l'on voit dans la figure 140. Ce renflement, qui remplit l'orifice et le canal du col, empêche l'air d'entrer dans l'instrument, comme je l'ai vu arriver quand l'extrémité de la seringue était allongée et terminée en pointe. Lorsqu'il

s'agit de porter un liquide quelconque dans la cavité de l'utérus, il faut naturellement que le bout de la seringue se rapproche de la forme représentée dans la figure 141 ; mais, si l'on doit aller le chercher dans le col, la forme bulbeuse est la meilleure.

Comme témoignage de la précision et de l'importance de cette méthode, je donnerai un exemple.

Le docteur Fauvel, *laryngoscopiste* distingué de Paris, me pria de voir une de ses clientes qui, mariée deux fois, avait eu un enfant de son premier mariage, mais n'en avait point eu du second. Elle était âgée de trente-cinq ans, et joignait à l'apparence d'une bonne santé des menstrues régulières et normales. L'utérus était légèrement en antéversion. Elle n'avait pas de leucorrhée, à proprement parler ; mais le mucus cervical semblait excéder un peu la quantité normale. Quelle pouvait être la cause de sa stérilité persistante pendant les huit dernières années, et même pendant les quatre dernières de son premier mariage ?

Les questions à résoudre étaient celles-ci : La semence était-elle normale ? Les sécrétions du vagin et du col empoisonnaient-elles les spermatozoaires ? Ceux-ci entraient-ils dans le canal cervical ?

Une exploration fut faite une heure après le rapprochement sexuel : le mucus vaginal contenait en abondance des spermatozoaires vivants ; le mucus cervical en contenait également, mais ils étaient tous morts. Un second examen microscopique, fait seulement huit

ou dix minutes après le coït, donna les mêmes résultats. L'emploi du papier réactif resta sans valeur et ne me révéla rien; mais le microscope fit découvrir une grande abondance de pellicules provenant de l'épithélium, résultat d'une légère inflammation de quelque partie de la membrane cervicale.

Comme je l'ai dit plus haut, toutes les sécrétions anormales du vagin ont été classées sous le terme générique de leucorrhée, qu'elles émanent du vagin, du canal cervical ou de la cavité de l'utérus, et j'ai déjà jeté un rapide coup d'œil sur les conditions du vagin et du col qui donnent ordinairement naissance à ces écoulements; il me reste maintenant à mentionner celles de la cavité de la matrice. Nous savons tous que le muco-pus accompagne presque constamment les polypes, mais, comme nous en avons fait déjà l'objet de nos observations, nous n'en parlerons pas davantage. Quelquefois la cavité utérine devient, pour ainsi dire, le siége d'un abcès régulier. Cet état a été particulièrement décrit par le docteur J. Matthews Duncan, d'Edimbourg.

« Une forme particulière de leucorrhée utérine, dit le docteur West (1), qui ne survient que chez les femmes âgées, et qui est associée à la dilatation de la cavité et à l'atrophie des parois de l'utérus, a été décrite par le docteur Matthews Duncan dans l'*Edinburgh*

(1) *Lectures on the Diseases of Women*, par Charles West, M. D., fellow, etc. 3e édition, 1864, p. 137.

Medical Journal, mars 1860. Les symptômes qui la caractérisent paraissent consister en douleurs particulières dans les lombes et dans le bassin, accompagnées d'un sentiment de constriction et d'écoulement de muco-pus. Sa guérison semble réclamer la dilatation de l'orifice interne contracté, au moyen de la sonde, et l'application de nitrate d'argent à l'intérieur de la matrice. Je crois avoir rencontré cet état une ou deux fois; mais les malades, ayant l'esprit délivré de l'idée qu'elles pouvaient avoir un cancer utérin, préférèrent supporter leurs maux plutôt que de se soumettre à un traitement curatif. »

J'ai vu un cas bien caractérisé de cette sorte de leucorrhée. La malade, âgée d'environ soixante ans, avait un écoulement purulent du vagin depuis plus de douze mois. Mère d'une nombreuse famille, elle avait cessé d'être réglée à quarante-cinq ans environ. En explorant la malade, je trouvai le vagin plein de pus qui avait presque l'odeur cancéreuse, et toute la surface de ce canal, ainsi que celle du col, était excoriée et granuleuse. L'utérus, renversé en arrière, avait présenté pendant sa période d'activité un peu plus de volume que dans l'état normal : il me fallut quelque temps avant de découvrir la nature de la maladie; je n'y parvins qu'après avoir réussi à rétablir le vagin et le col dans un état de santé parfaite. Alors je m'aperçus que l'orifice, qui était très-petit, donnait issue à un écoulement purulent peu abondant, mais constant, et que

cet écoulement était la cause de la vaginite, que j'avais prise pour la maladie primitive et traitée comme telle. Le canal cervical était très-étroit, fléchi et contracté à l'orifice interne, de telle sorte que l'utérus, incliné en arrière, contenait toujours environ 30 grammes de pus. Je commençai le traitement par la dilatation du col ; le pus fut ensuite évacué, et la cavité de l'utérus lavée au moyen d'injections d'eau tiède pratiquées avec un tube assez petit pour que le liquide pût s'écouler aisément au dehors par regorgement ; puis, je fis d'autres injections dans la cavité pyogénique, tantôt avec de la teinture d'iode, tantôt avec une solution de persulfate de fer. La malade, après avoir éprouvé de l'amélioration, finit par guérir complétement.

Nous pouvons ainsi porter des remèdes dans la cavité de l'utérus avec la plus grande sécurité, pourvu que nous ayons soin de pourvoir à la sortie facile du liquide injecté, soit au moyen de la tente-éponge, soit au moyen du dilatateur de Priestley ou d'Ellis, ou de quelque autre instrument analogue.

L'endométrite a été l'objet d'investigations récentes et nombreuses. Scanzoni, Routh et d'autres ont beaucoup écrit sur ce sujet. Le docteur Hall Davis a montré à la Société pathologique l'utérus d'une femme qui avait succombé à cette affection ; et le docteur Oldham a mis sous mes yeux, dans le spacieux muséum de l'hôpital de Guy, plusieurs spécimens remarquables des variétés de cette maladie, qui peut exister à des degrés divers

d'intensité, depuis le simple état d'inflammation et d'érosion de la muqueuse utérine jusqu'à sa désorganisation complète.

Les remèdes constitutionnels généraux sont ici naturellement indiqués, mais ils ne sont jamais d'une grande valeur sans le traitement local; nulle maladie utérine n'est plus difficile à soigner que l'endométrite. Le premier principe qui doit nous guider, c'est d'assurer une issue facile aux sécrétions qui se produisent dans la cavité de l'utérus. Le second, c'est d'approprier à cette cavité les applications locales et médicamenteuses à l'aide desquelles nous nous proposons de modifier ou de guérir, s'il est possible, sa surface malade. Quand j'ai trouvé le canal du col trop étroit et resserré, je l'ai largement incisé, toujours avec beaucoup de succès, comme dans les cas de dysménorrhée provenant d'une obstruction matérielle. Je dirai même que tant que les menstrues continuent, il est presque impossible de traiter sûrement un cas d'endométrite, sans adopter cette règle de pratique, sous quelque forme que ce soit. Les sécrétions de l'utérus ne doivent jamais rester enfermées dans sa cavité; l'élargissement du col, en remplissant cette première indication, nous permet en outre d'employer les injections médicamenteuses, ou d'appliquer le nitrate d'argent en pommade, comme l'a recommandé et l'a fait avec succès le professeur Fordyce Barker, de New-York.

Il y a une forme bénigne d'endométrite, qui, sans

donner naissance, paraît-il, à aucune sécrétion quelconque, est néanmoins accompagnée de grandes souffrances, et dure parfois longtemps avant d'être découverte. Le docteur Routh a particulièrement observé cette forme, qu'il appelle endométrite *fondale* (du fond de l'utérus). On peut la diagnostiquer avec beaucoup de précision. Placez la patiente à demi-inclinée sur le côté gauche, introduisez le spéculum à levier; fixez légèrement un ténaculum dans la lèvre antérieure du museau de tanche, pour l'attirer doucement en avant, en tenant son orifice ouvert de manière à pouvoir plonger le regard dedans; passez alors avec précaution une sonde, préalablement chauffée, dans le canal cervical, sans employer de force, mais en la laissant pénétrer pour ainsi dire par son propre poids, jusqu'au fond de la matrice. Cette manœuvre ne cause aucune souffrance, tant que le point sensible n'est pas atteint; mais alors se produisent de vives douleurs, qui souvent se prolongent pendant plusieurs heures après l'expérience.

J'ai vu des cas de cette sorte, et je me rappelle une dame de l'un des États du Sud, qui, mariée depuis six ou sept ans sans avoir eu d'enfants, était devenue malade et tout à fait invalide peu de temps après son mariage. Pendant trois ou quatre ans, il lui était impossible de marcher; aussi devait-on la porter de sa maison à la voiture toutes les fois qu'elle voulait sortir, chose rare, du reste, car elle passait presque tout son temps au lit ou sur une chaise longue. Heureusement elle pouvait

manger, ce qui lui avait permis de conserver ses forces et son embonpoint, malgré ses souffrances. Le symptôme le plus pénible qu'elle éprouvait consistait en une douleur incessante dans la hanche gauche près de l'articulation. Elle avait une érosion granuleuse de l'orifice et du col, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique, qui fut guéri dans le cours de deux mois. Mais la douleur de la hanche gauche et l'impossibilité de marcher persistèrent en dépit de tout ce que nous fîmes. Pensant que l'état morbide du col était la principale cause de ces maux, et que la douleur de la hanche était simplement un exemple de l'arthrite hystérique de sir Benjamin Brodie, je n'avais fait aucune exploration utérine, et je fus tout surpris de ne constater aucune amélioration après la guérison de l'érosion cervicale et de l'écoulement. C'est alors que, pour la première fois, j'explorai la cavité de l'utérus. Au moment où la sonde dépassa l'orifice interne, la malade se plaignit de ressentir une douleur intense dans la hanche gauche. Je fis appeler en consultation M. le docteur Alonzo Clark, et nous arrêtâmes le traitement à suivre, qui devait consister en applications médicamenteuses dans la cavité utérine. Le canal du col fut d'abord dilaté, et la maladie, avec tous ses symptômes douloureux, fut parfaitement guérie dans l'espace de quelques semaines, en injectant deux ou trois fois par semaine quelques gouttes de glycérine dans la cavité de l'utérus. Cela se passait en 1858; dans le cours de l'année suivante,

notre patiente devint mère, et depuis elle a eu d'autres enfants.

En ce moment, M. Holmes Coote et le docteur Greenhalgh soignent avec moi un cas d'endométrite où la douleur est presque entièrement concentrée dans la hanche et dans la région inguinale gauches. Il suffit de toucher le plus délicatement possible le canal du col avec la sonde, pour que la douleur la plus intense se fasse sentir à l'instant même dans ces régions. Ici la douleur n'existe pas seule, il y a encore tuméfaction des parties affectées, comme nous le voyons dans quelques formes d'hyperesthésie hystérique.

J'ai vu, il y a peu de temps, avec le docteur Thierry Meigs, de Paris, une malade qui, outre les autres symptômes d'une maladie utérine, ressentait de vives douleurs dans l'ovaire gauche, dans le sein du même côté et dans la région épigastrique. Tout indiquait que l'utérus était le siége de la maladie; mais un examen superficiel n'avait pas démontré la relation qui existait entre cet organe et les expressions symptomatiques. La position de l'utérus était normale; son fond ne paraissait pas hypertrophié; il n'y avait ni leucorrhée, ni engorgement du col. Après avoir placé la malade dans la position convenable, je fis l'exploration de la cavité selon la méthode que j'ai exposée ci-dessus; j'introduisi délicatement la sonde dans le col; mais le passage de l'instrument le long du canal fut accompagné d'une exsudation sanguine subite, peu abondante, et d'une douleur vive, qui devint plus vive encore quand la

sonde atteignit le fond de l'utérus, et qui, de ce point, rayonna vers les autres foyers douloureux que j'ai indiqués. L'exsudation d'une petite quantité de sang, par suite du passage de la sonde dans le canal cervical, est, je dois le dire, un signe ordinaire de l'inflammation subaiguë de ce canal.

Dans le cas dont je parle, l'application d'une seule tente-éponge, suivie de l'injection de 2 grammes de teinture d'iode, produisit un soulagement immédiat et presque complet. Le même moyen, répété dix ou douze jours après, amena une guérison parfaite. Pendant les deux années précédentes, cette malade avait été traitée sans succès par plusieurs autres médecins.

On reconnaîtra probablement, je pense, que bien des souffrances névralgiques inexpliquées sont symptomatiques de quelque endométrite légère, dont le cas précédent peut être pris pour type.

Il y a lieu d'espérer qu'en dirigeant plus particulièrement notre attention et nos investigations du côté de la cavité utérine, nous parviendrons à découvrir, expliquer et guérir les maladies qui l'affectent, avec autant de certitude que nous guérissons aujourd'hui les affections diverses du col et de son canal.

Dans beaucoup de cas où les spermatozoaires meurent rapidement dans le canal cervical, on pourra reconnaître que la source du mal existe dans la cavité de l'utérus.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

A

Abcès utérin, ses symptômes, 478.
Absence congénitale de l'utérus, 413.
— du vagin, 413.
Accident survenu dans l'amputation du col par l'écraseur, 241.
Acide chromique employé comme escharotique, 47, 48.
— contre l'érosion granuleuse, 463.
— chlorhydrique dilué, employé contre la leucorrhée, 467.
Acte sexuel. V. Congrès sexuel.
Aiguille exploratrice pour l'occlusion de l'hymen, 381.
Althaus (Dr), faradisation, 43.
Alun, suppositoires, 468.
— suppositoires dans la vaginite, 457.
Amputation de l'utérus en inversion, 151, 161.
— hémorrhagie après cette opération, 155.
— objections qu'on y a faites, 159.
— du col utérin, 240, 244, 247, 258, 355, 376.
— objections à l'emploi de l'écraseur dans cette opération, 241.
— suivie de conception, 249.
— suivie de contraction du museau de tanche, 265.
Anatomie de l'utérus, 211.
Anesthésie employée dans le vaginisme, 390.
— pour la copulation dans le vaginisme, 401.
— conception dans l'état d'anesthésie, 405.
Anneau-pessaire de Meigs, 317, 325, 328.
Antéflexion provenant d'un fibroïde, 121.
Antéversion, 277.
— ce qui la constitue, 272.
— provenant d'élongation anormale de l'utérus, 278.
— provenant de ligaments sacro-utérins trop courts, 278.
— accompagnée d'un vagin long et étroit, 279.
— accompagnée de tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, 116.
Appareils de glycérine, 316.
Arthrite hystérique, souvent symptomatique de l'endométrite, 482.
Atlee (Dr), 109.
Atrésie du vagin, 380, 408.
— variétés provenant de gangrène, 410.
— traitement, 410.
— cas remarquable, 411.
— opération, 412.
Atropine, suppositoires, 468.
Amincissement et élongation du col dans la procidence, 354.
Auscultation obstétricale, 37.
Auteur (l'), méthode d'exploration de l'utérus, 7-12.
— spéculum, 13-24.
— position à genoux pour l'usage du spéculum, 13.
— position à demi-couchée sur le côté pour le même usage, 28.
— méthode d'introduction du spéculum, 29.
— ténaculum, 30.
— dépresseur utérin, 30.
— curette, 67.
— porte-éponge, 79.
— méthode pour employer la glycérine, 79.
— porte-chaîne écraseur, 90.
— méthode pour réduire l'inversion, 159.

Auteur (l'), méthode pour inciser l'orifice et le col de l'utérus, 186, 187.
— utérotome, 187, 201.
— méthode pour amputer le col utérin, 246, 247.
— guillotine utérine, 263.
— ténaculum double, 263.
— opération de l'antéversion, 296, 297.
— méthode pour réduire la rétroversion, 302.
— élévateur utérin, 309, 311.
— porte-tampon, 345.
— opération de la procidence, 357, 370, 376.
— méthode pour fixer le col dans les opérations de la procidence, 374.
— amende honorable : opération de la procidence par Marshall Hall. 379.
— méthode d'opération dans les cas de vaginisme, 394, 395.
— dilatateur vaginal, 398.
— expériences de fécondation artificielle, 442-448.
— seringue utérine, 445.
Aveling, polyphrite, 107.
Avortement, suite de rétroversion, 335, 336.
— anneau de Meigs, 338.
— suite de chute, 340.
Axson (Dr), cas de procidence, 357.

B

Baden-Baden, cas qui s'y est présenté, 39.
Bain de nitrate photographique, 462.
Barker (le professeur Fordyce), gangrène du col utérin, 230.
— traitement de la procidence, 378.
— nitrate d'argent en pommade, 480
Barnes (Dr), col conoïde, 267.
— instrument pour diviser l'orifice et le col de l'utérus, 268.
Barry (Martin), conception, 5.
Batchelder (Dr), éponge comprimée, 51.
Belladone employée contre les menstrues douloureuses, 169.
Bennet (Dr Henry), menstruation douloureuse, 167.
Bennet (Dr Henry), tente-éponge, 172.
— objection à l'hystérotomie, 204.
— procidence, 263.
— traité, 461.
— potasse à la chaux, 463.
Bicarbonate de soude employé contre les sécrétions acides du vagin, 460.
Bichlorure de mercure employé contre la dysménorrhée, 169.
Bickersteth, énucléation, 138, 139.
Bischoff, conception, 5.
Black (Dr John J.), méthode de traitement de la vaginite, 457.
Blépharisme, 387.
Bougie élastique pour mesurer la cavité utérine, 123.
— utérine employée par le Dr Mac Intosh, 170, 171.
— d'orme, 471.
Brady (Dr John A.), inversion, 148.
Brodie (sir Benjamin), arthrite hystérique, 482.
Bromure de potassium, 38, 127.
Brown (M. Baker), 128.
— procédé d'évidement dans les fibroïdes, 134.
— incision de l'orifice et du col pour la destruction des fibroïdes, 142, 145.
— division du col, 205.
— étroitesse du museau de tanche, 269.
— opération du périnée dans la procidence, 357, 358, 377.
Byford (professeur), sur l'endocervicite, 471.

C

Cabinet de consultation, chaise, 26.
Callosité à la queue de l'épididyme, 430.
Campbell (Dr), vaginisme, 435.
Canal utéro-cervical, inflammation, 484.
Cancer du rectum et de la langue retranché par l'écraseur de Chassaignac, 87, 88.
Canule de Gooch, 99, 100.
Caoutchouc vulcanisé, dilatateur vaginal pour le vaginisme, 398.
— tige intra-utérine, 404.

Capsule-pessaire dans l'inversion, 153. V. Pessaire.
Cautère potentiel, 463.
Cautérisation prolongée, 470.
Cavité du péritoine, drainage, 244.
— de l'utérus, sécrétions, 473.
— de l'utérus, mesurée par la bougie élastique, 123.
Cellulite pelvienne, 172, 174, 178.
Cessation des règles, fausse grossesse, 39.
Chaire pour la consultation, 26.
Channing (Dr), amputation de l'utérus en inversion, 127.
Channing (professeur), 161.
Chapman (Dr), sur le froid et le chaud, 43.
Charrière, fabricant d'instruments, 207, 263, 264.
Chassaignac, écraseur, 87, 100.
— modifications apportées à cet instrument, 88.
— retranchement de la langue et du cancer du rectum au moyen de l'écraseur, 87, 88.
Chepmell (Dr), cas de procidence, 352.
Chloroforme (Empoisonnement par le), 134.
Churchill (prof. Fleetwood), ouvrages, 433, 461.
— traitement par l'iode, 267.
— vaginisme, 400.
Chute, cause d'avortement, 340.
Clark (prof. Alonzo), vaginisme de l'hymen, 403.
— endométrite, 482.
Coch (M.), cas de procréation, 428.
Coghlan (Dr), tube de plomb, 473.
Coït en présence d'un pessaire, 331-337.
— sans spermatozoaires, 429.
— acte, 434.
— gradation de l'éréthisme, 440.
— mucus cervical et vaginal après le coït, 453.
— pendant le traitement des maladies du col, 462.
— examen des sécrétions après le coït, 473.
Col utérin normal, 212, 256.
— atteint de gangrène, 229.
— cancéreux, 240.
— allongé ou hypertrophié, 239.
Col utérin peu développé, 253.
— manquant, 253.
— conique, 256, 267.
— induré, 265.
— son amputation, 240, 241, 244, 258.
— son action dans la procidence, 350.
— son élongation dans la procidence, 353.
— son amincissement dans la procidence, 354.
— son amputation dans la procidence, 355. V. Leucorrhée, Mucus, Sécrétions.
Colique utérine, 146.
— quelquefois produite par les injections vaginales, 466.
Collapsus à la suite d'injections utérines, 466.
Commerce sexuel. V. Congrès.
Conception, conditions essentielles, 6.
— n'a lieu que pendant la durée de la vie menstruelle, 32.
— dans un âge avancé, 33.
— sans menstrues, 33.
— empêchée souvent par les fibroïdes, 108.
— après énucléation des fibroïdes, 136.
— après réduction d'une inversion, 162.
— après amputation, 249.
— sans pénétration, 402, 443.
— dans l'état d'éthérisation, 435.
— sans rupture de l'hymen, 435.
— par fécondation artificielle, 443.
— peu avant le retour des menstrues, 449, 450.
— période qui lui est propice, 449, 454.
— n'est pas empêchée par le pus, 459.
— empêchée par la leucorrhée, 461.
Congrès sexuel, 434.
— opinions erronées à son sujet, 434.
— accompli en présence d'un pessaire, 334.
— accompli à l'état d'éthérisation, 404, 405.
— effets sur l'utérus, 422.

Congrès sexuel, temps le plus propice, 449, 445.
— non interdit pendant le traitement des maladies du col, 462.
Conicité du col, 256, 267.
— dans la stérilité naturelle, 238.
— accompagnée de rétroversion, 260.
Constricteur supérieur du vagin, 439, 440.
Contraction du museau de tanche, 165, 182, 215.
— après incision, 191.
— après amputation, 265.
Coote (M. Holmes), cas d'endométrite, 483.
Copulation dans l'état d'éthérisation, 404, 405.
Coste (M.), conception, 5.
Coton imbibé de glycérine, 79, 80, 189, 190.
— employé comme pessaire dans la rétroversion, 344.
— dans la procidence, 378.
Courty (Dr), leucorrhée cervicale, 468.
— cautérisation prolongée, 470.
Cowper (Glandes de), 424.
Cul-de-sac de Douglas, tubes de drainage, 244.
Curette de Récamier, 60, 67.
— de l'auteur, 67.
Curling (M.), sur la stérilité chez l'homme, 428, 430.
Curtis (Dr), sur la grossesse prématurée, 32.
Cystocèle dans ses rapports avec la procidence, 350, 351, 359.

D

Dangers des tentes-éponges, 62.
— de l'incision de l'orifice et du col de l'utérus, 174, 179.
— de l'écraseur dans l'amputation du col, 240.
— d'ouvrir la cavité du péritoine dans l'amputation du col, 249.
— de la seringue vaginale dans les cas de rétroversion, 466, 467.
Davis (Dr Hall), sur l'endométrite, 479.
Débauche, affaiblit la semence, 451.
Debout, vaginisme, 400.
Deleau, perchlorure de fer, 77.
— solution de perchlorure de fer, 188.
Délivrance compliquée de tumeurs fibreuses, 136.
Demarquay, de la glycérine dans la chirurgie, 80.
— traitement de la vaginite, 457.
Déplacements de l'utérus, 270.
— leur diagnostic, 274.
— leur influence sur la stérilité, 320.
— influencés par la gestation, 342.
Dépresseur utérin, 30.
Dewees (Dr), teinture de gaïac, 169.
— élévateur utérin, 315.
Dewees (prof.), de Philadelphie, 411.
Diagnostic des granulations fongoïdes, 51, 60.
— des polypes, 82.
— et traitement du polype intra-utérin, 98.
— des tumeurs fibreuses, 114.
— des fibroïdes intra-utérins, 125.
— des fibroïdes, 133.
— des déplacements utérins, 273.
— de l'endométrite *fondale*, 481.
Dilatateur pour le vaginisme, 396.
— utérin de Priestley, 192.
Dilatation du museau de tanche difficile chez les femmes âgées, 102.
— de l'orifice interne pour les injections utérines, 466.
Dinond (Dr), 417.
Dissolution des sécrétions leucorrhéiques, 467.
Division du col, 205.
— dans l'endométrite, 480.
Donné, spermatozoaires dans le pus et le sang, 458.
Douglas (Tumeur dans le cul-de-sac de), 116.
Drainage de la cavité du péritoine par le cul-de-sac de Douglas, 244.
Drayton (Élisabeth), grossesse prématurée, 32.
Duane (Dr), cas, 222, 223, 224, 225, 364.
Duchenne (de Boulogne), faradisation, 43.
Duncan (Dr J. Matthews), sur l'abcès utérin, 477.
Dysménorrhée, sa pathologie, 165.

Dysménorrhée, symptômes de la maladie, 167.
— traitement, 169.
— accompagnée de souffrances névralgiques, 194.
— provenant de polype ou de flexion, 194.
— provenant de flexion du col, 199.

E

Écraseur de Chassaignac, 87, 100.
— modifications, 88.
— manière de s'en servir, 89.
— rupture (Dr Hewitt et Dr Mac Clintock), 89.
— porte-chaîne de l'auteur, 90.
— pour l'opération des polypes, 77.
— pour l'opération du cancer du rectum et de la langue, 87, 88.
— pour l'amputation de l'utérus en inversion, 154.
— ses dangers dans l'amputation du col, 241.
— accidents dans l'amputation, 242.
Éjaculation hâtive, 421, 434.
Électricité, emménagogue, 44.
Élévateur utérin, 310, 312.
— pour diagnostiquer les petites tumeurs, 313.
Elixir d'opium, 193.
Elliot (prof.), 126.
Ellis (Dr), dilatateur, 479.
Élongation du col, 238.
— anormale de l'utérus, cause d'antéversion, 278.
— du col dans la procidence, 353.
Emménagogue, électricité, 44.
Emmet (Dr), 126, 127, 152, 156, 412.
— cas remarquable, 34.
— tentes-éponges, 70, 71, 72.
— extirpation des polypes, 106.
— sonde utérine, 192, 199.
— hystérotomie, 202.
— opérations, 235, 243, 250, 252, 366, 377.
— incision bilatérale, 205.
— procidence, 358, 366.
— mensuration du vagin, 360.
— dénudation triangulaire pour la guérison de la procidence, 367.
— méthode pour fixer le col dans les opérations de la procidence, 374.
Emmet (Dr), vaginisme, 390.
Endocervicite, 469,
— traitée par pression, 471.
Endométrite, 218, 262, 479.
— ne permet pas l'usage de la tige intra-utérine, 473.
— difficile à guérir, 480.
— division du col, 480.
— sans sécrétions anormales, 480.
— fondale, son diagnostic, 481.
— traitée par les injections utérines, 484.
— cause de névralgie, 484.
Endosmose, par médication vaginale, 464.
Engorgement fibreux du col cause de ménorrhagie, 47.
Enlèvement des tentes-éponges, 55, 56.
Énorme fibroïde intra-utérin, 123.
— procidence résultant de tumeurs fibreuses, 355.
Énucléation de fibroïde, 128, 130.
— conception subséquente, 136.
— artificielle d'un fibroïde, 137.
Épididymite après gonorrhée, 430.
— bilatérale, 432.
— n'affaiblit pas la puissance sexuelle, 432.
Éponge comprimée, 51.
— V. Tente-éponge.
Éréthisme de l'acte sexuel, 434.
— graduel dans le coït, 440.
Érosion granuleuse cause de ménorrhagie, 46.
— traitée par le nitrate d'argent, 462.
— par l'iodure d'argent, 462.
— par l'acide chromique, 48, 463.
— résiste souvent à un traitement local, 463.
Escharotique, acide chromique, 47, 48, 463.
Éther, copulation sous son influence, 405.
Ethérisation dans le vaginisme, 401.
Évacuation spontanée des menstrues retenues, cause de mort, 384.
Évolution imparfaite de l'utérus, 43.
Examen avec le spéculum, 28.
— par le rectum, 118.
— bimanuel, 306.
— de la semence, 473.
— des sécrétions après le coït, 473.

Exemples du temps le plus propice pour l'acte sexuel, 454.
Expériences sur les injections séminales dans l'utérus, 442.
Exploration de l'utérus dans l'endométrite, 481. V. Examen.
Exsudation de sang par suite du passage de la sonde, signe d'endométrite, 484.

F

Faradisation, 43.
Farre (Dr Arthur), mort causée par l'évacuation spontanée des menstrues retenues, 384.
Fausse couche suite de rétroversion, 335, 336.
— suite de chute, 340.
Fauvel (Dr), cas de stérilité, 476.
Fécondation, ne peut avoir lieu sans spermatozoaires dans la semence, 429.
— artificielle, 442.
Femmes âgées, difficulté de dilater le museau de tanche, 102.
Fenner (Dr E. D.), traitement des menstrues douloureuses, 169.
Fer, perchlorure, 77.
— perchlorure en injection contre la ménorrhagie, 143.
— perchlorure de Deleau, 77, 188.
— persulfate de Squibb, 77, 152, 188.
— suppositoires au persulfate de fer dans le traitement de la vaginite, 458.
Fibroïde intra-utérin, 123, 125, 129.
— énucléation, 128, 130.
— diagnostic, 133.
— procédé d'évidement de Baker Brown, 134.
— V. Tumeurs fibreuses.
Fil d'archal, écraseur du docteur Braxton Hicks, 88, 90.
— écraseur de Maisonneuve, 88, 90.
Fistule vésico-vaginale, 417.
Flexion du col et menstrues difficiles, 166.
— cause de dysménorrhée, 194, 199.
Fluide séminal, 424.
— injection dans l'utérus, 441, 444.
Flux menstruel, 41.
— V. Menstruation et Menstrues.
Follin (Dr), 429.
Formule de suppositoires pour la vaginite, 458.
— d'injection contre la ménorrhagie, 142.
— d'injection contre les sécrétions cervicales, 467.
Francis (Dr John W.), 153, 250, 390, 412.
Frigidité chez la femme, 434.

G

Gangrène causée par l'enclavement de la tête du fœtus, 229.
Gardner (Dr), monographie, 5.
— tentes-éponges, 172.
— élévateur utérin, 315.
— cas d'amputation dans la procidence, 356.
Gariel, pessaire, 318.
Gibb (Dr), usage de l'iodure d'argent dans les affections de la gorge, 463.
Glycérine, remède contre la puanteur de l'écoulement causé par la tente-éponge, 73.
— tampon de coton imbibé de cette substance, 79, 80, 189, 190.
— ses effets, 81.
— appareils, 316.
— tannisée dans la vaginite, 457.
— dans l'endométrite, 482.
Godard (Ernest), 429.
Gonorrhée, maladie sérieuse, 430.
— causée par la leucorrhée âcre, 457.
Gooch, canule, 99, 100.
Gosselin (Dr), 429, 430, 431.
Goubaux (Dr), 429.
Granulations fongoïdes, 145.
— cause de ménorrhagie, 50.
— leur diagnostic, 51, 60.
Gream (Dr), opposé à l'hystérotomie, 204.
Green (Dr), 250.
Greenhalgh (Dr), tente de laminaire marine, 74, 75.
— polype, 82.
— injections utérines, 145.
— hystérotome, 183, 184.

Greenhalgh (Dr), tige intra-utérine, 192.
— métrotome, 472.
— cas d'endométrite, 483.
Grimsdale, énucléation artificielle d'un fibroïde, 136-141.
Griscom (Dr), cas d'avortement, 340, 341.
Grossesse (fausse) à la cessation des règles, 39.
— prématurée, 32.
— prise pour une tumeur ovarienne, 34, 35.
— inversion dans les premiers mois, 148.
Guillotine utérine de l'auteur, 263.

H

Hémorrhagie après incision de l'orifice et du col, 175.
— causée par le nitrate d'argent, 462.
Hall (Marshall), idée de rétrécir le vagin dans les cas de procidence, 357, 379.
Harley (prof.), injection séminale, 442.
Harris (Dr), cas de vaginisme, 394.
Heming (M.), sur l'opération de la procidence par Marshall Hall, 379.
Hewitt (Dr Graily), livre, 43, 461.
— polype, 82.
— opposé à la ligature des polypes, 106.
— sur l'opération à faire pour la rétention des menstrues, 383.
Hicks (Dr Braxton), écraseur de fil d'archal, 88, 90.
Higgins, inversion, 147.
Hodge (prof.), cas de rétroversion, 321.
— pessaire à levier, 317, 321, 322, 328, 377.
— pessaire modifié pour l'antéversion, 323.
Holmes (M. James), inventeur de la chaise d'invalides, 26.
Hôpital des femmes, 34, 69, 70, 72, 99, 106, 113, 127, 128, 129, 133, 151, 217, 229, 235, 240, 250, 364, 408, 410.
Huguier, élongation hypertrophique du col, 245.
—sur la procidence, 356.
— amputation du col dans la procidence, 376.
Hymen imperforé, 381.
— irritable, 382.
— névromateux, 403.
— non rompu, avec conception, 436.
Hyperesthésie de l'hymen, 384.
— hystérique, 483.
Hypertrophie de l'utérus traitée par la tente-éponge, 72.
— du col utérin, 239.
— de l'utérus dans la procidence, 351.
Hystérotome, 183.
Hystérotomie, 201.
— son principe, 207.
— objections qui lui sont faites par les docteurs Henry Bennet et Gream, 204.
— rejetée par Nélaton, 180.

I

Impénétrabilité de l'hymen, 380.
Imperforation de l'hymen, 380.
Impuissance, 429.
Impureté et purification, selon la loi mosaïque, 448.
Incision bilatérale de l'orifice utérin, 49.
— de l'orifice et du col dans les tumeurs fibreuses, 143, 144.
— de l'orifice et du col, 172.
— de l'orifice et du col, ses dangers, 172, 174, 177, 178, 179.
— de l'orifice et du col suivie d'hémorrhagie, 175.
— de l'orifice et du col suivie d'hémorrhagie, amenant la mort, 177.
— de l'orifice et du col, méthode de l'auteur, 184, 185, 186.
— de l'orifice suivie de rétrécissement, 191.
— de l'orifice et du col, sa raison, 207.
— cruciale de l'hymen cause de mort, 381.
Induration du col, 220, 226, 265.

Induration du col produite par les lotions vaginales froides, 464.
— de l'épididyme, 431.
Inflammation péri-utérine causée par l'usage des pessaires, 343.
— des testicules, 430, 432.
— du canal utéro-cervical, 484.
Influence du déplacement de l'utérus sur la stérilité, 275.
Injections d'iode contre la ménorrhagie, 142.
— de perchlorure de fer iodé contre la ménorrhagie, 143.
— alcalines contre les sécrétions acides du vagin, 459.
— vaginales astringentes, 464.
— vaginales froides ne doivent pas être employées, 398.
— utérines cause de collapsus, 466.
— dans la cavité utérine pour abcès, 479.
— médicamenteuses dans l'endométrite, 480.
Instrument du docteur Barnes pour diviser l'orifice et le col de l'utérus, 268.
— pour la fécondation artificielle, 445.
Inversion de l'utérus, 146.
— causes, 146, 147.
— congénitale, 148.
— partielle, 148.
— dans les premiers mois de la grossesse, 149.
— replacement, 149.
— cas d'inversion chronique heureusement réduite, 149, 150.
— supprimée par l'écraseur, 151.
— cas particulier, efforts faits pour le replacement, 152, 153.
— emploi de l'écraseur, hémorrhagie, 154, 155.
— spontanée, 157.
— phases de sa réduction, 160.
Iode en injection contre la ménorrhagie, 142.
— contre l'induration du col, 267.
Idoure d'argent employé contre l'érosion granuleuse, 462.
Irritabilité de l'hymen, 381.

J

Jobert (de Lamballe), sur le cautère potentiel, 483.
Johnston (Dr W. E.), polype, 95.
— cas de procidence, 367.
— cas, 253.
Jouissance sensuelle n'est pas essentielle à la procréation, 454, 455.

K

Kennedy (Dr), auscultation obstétrique, 37.
Kissam (Dr), vaginisme, 390.
Kiwisch, sur les tampons médicamenteux, 468.
Kölliker, mouvements des spermatozoaires, 460.

L

Laminaria digitata, tentes, 73.
Lariboisière (Hôpital), 87.
Laryngisme, 387.
Leblanc, inversion, 147.
Lee (prof. Charles A.), inversion, 146, 147, 148.
Lee (Dr Robert), polypes, 107.
— inversion de l'utérus, 146.
Legrand (M.), 436.
Leucorrhée, âcre et purulente, 456.
— cause de symptôme de gonorrhée, 457.
— est de consistance albumineuse et offre le caractère du mucopus, 461.
— s'oppose chimiquement et mécaniquement à la conception, 461.
— traitée par l'acide chlorhydrique dilué, 467.
— traitée par le nitrate d'argent, 468.
— forme particulière, 477.
Ligaments sacro-utérins courts dans l'antéversion, 279.
Ligature des polypes dangereuse, 87, 106.
Lisfranc, amputation du col, 244.
Lithotomiste américain, 103.
Livingston (Dr), 413.
Locock (sir Charles), sur la leucorrhée, 456.

Locomotion des spermatozoaires, 437.
Loi mosaïque relative aux menstrues, 448.

M

Mac Clintock (Dr), pince à fenêtre, 84, 85.
— sur l'écraseur, 89.
— sur le polype, 96.
— opposé à la ligature des polypes, 107.
— sur l'inversion, 147.
— sur l'amputation de l'utérus en inversion, 161.
— traité, 461.
Mac Intosh, contraction de l'orifice et du col, 5.
— bougie utérine, 170.
— traité, 461.
Mac Munn, élixir d'opium, 193.
Maisonneuve, écraseur en fil d'archal, 88, 90.
Marshall Hall, procidence, 369, 379.
Maxwell (Dr), cas d'inversion, 151.
Mayer (M.), fabricant d'instruments, 263, 264, 472.
Meigs, pessaire-anneau, 317, 325.
— objections à son usage prolongé, 325, 326.
— employé contre l'avortement, 377.
Mémoire sur la procidence, présenté à la Société d'accouchements, 378.
— sur le vaginisme, 387.
Ménorrhagie, mesure de la quantité de sang répandu, 44.
— traitement, 44.
— provenant d'érosion granuleuse, 46.
— provenant d'engorgement fibreux du col, 47.
— provenant de granulations fongoïdes, 50.
— provenant de polype, 75.
— provenant de tumeurs fibreuses, 108.
— provenant de fibroïde intra-utérin, 123.
— provenant d'inversion, 146.
— injections d'iode, 142.
Menstruation, preuve de la capacité de concevoir, 31.
Menstruation normale, 41.
— insuffisante, 41.
— signe d'ovulation, 42.
— excessive, 44.
— douloureuse, 163-209.
— causes matérielles des menstruations douloureuses, 164, 166.
Menstrues, rétention, 409.
— V. Menstruation.
Méprises résultant de négligence, 36.
Métastase parotidique, 432.
Metcalfe (Dr), polype, 101, 106,
— sur la dysménorrhée, 170.
— l'amputation du col n'est pas un obstacle à la conception, 251, 252.
Méthode d'exploration utérine, 7.
— pour introduire le spéculum, 29.
— d'énucléation, 130.
— pour inciser l'orifice et le col de l'utérus, 176.
— pour amputer le col utérin, 246, 247, 248.
— pour réduire une procidence, 350.
— pour opérer la procidence, 371.
— d'opération dans le vaginisme, 395.
— de traitement de la vaginite, 457.
— d'exploration utérine dans l'endométrite, 481.
Métrite chronique ne permet pas l'usage des pessaires, 343.
Métro-péritonite causée par une tente-éponge, 65.
— causée par une bougie utérine, 171.
Métrotome caché, 205.
Migration des spermatozoaires, 437.
Morpain (Dr), polype, 93, 95, 97.
Morphine, suppositoires, 468.
Mort résultant d'opération de tumeurs fibreuses, 132, 133.
— d'hémorrhagie après incision de l'orifice et du col, 177.
— d'incision de l'hymen, 382.
— d'évacuation spontanée des menstrues retenues, 384.
Mott (prof. Valentin), 153, 412.
— sur l'écraseur, 241.
— opérations, 243, 250.
Mouvements des spermatozoaires, 424, 427.

Muco-pus fatal aux spermatozoaires, 462.
— accompagne les polypes, 477.
Muco-pyogénie du col, 470.
Mucus vaginal et cervical après le coït, 453.
— vaginal acide, 456.
— cervical alcalin, 456.
— vaginal trop acide tue les spermatozoaires, 459.
— vaginal, comment on éprouve son acidité, 459.
— cervical trop abondant ou trop épais obstacle à la conception, 469.
— cervical empoisonne parfois les spermatozoaires, 476.
Museau de tanche normal, 212.
— anormal, 224, 233.
— difficile à dilater chez les femmes âgées, 102.
— fermé, 216, 217, 220.
— rétréci après amputation, 265.
— V. Incision.

N

Nélaton, opposé à l'hystérotomie, 180.
— cas, 253.
Névralgie dans la dysménorrhée, 196.
— produite par l'endométrite, 484.
Nitrate d'argent cause d'hémorrhagie, 462.
— dans l'érosion granuleuse, 461.
— dans la leucorrhée cervicale, 468.
— dans l'abcès utérin, 478.
— en pommade dans l'endométrite, 480.
— photographique, 462.
Noeggerath (Dr), 158.
— sur une inversion de treize ans, 150.
Non-rétention de la semence par le vagin, 414, 419.
— dans la rétroversion, 421, 422.
Nott (prof. J. C.), polype, 99.

O

Objections faites à l'amputation de l'utérus en inversion, 162.
— à l'écraseur dans l'amputation du col, 240.
Occlusion du museau de tanche, 216, 218, 219, 220.
— de l'hymen cause de la rétention des menstrues, 381.
— du vagin, 412.
Olcham (Dr), sur l'inversion, 147.
— sur l'endométrite, 479.
Olliffe (sir Joseph), polype, 95.
— cas, 180, 181, 198, 217, 366, 370, 376.
— opération de la procidence, 366, 374.
— vaginisme, 402, 435.
— obstruction du col, 469.
Opération malheureuse d'un polype, 100.
— de la procidence, méthode de l'auteur, 371, 376.
— pour la rétention des menstrues, 381, 382, 383.
— pour le vaginisme, 395, 396.
— pour l'atrésie du vagin, 412.
Opérations dans Paris, 181.
— expérimentales au sujet du vaginisme, 391.
Orchite, 430.
Ovaire, tumeur prise pour une grossesse, 36.
— chute, 304.
Ovulation signalée par les menstrues, 42.

P

Palpation bimanuelle, 11, 118.
Papier réactif éprouve les sécrétions vaginales, 459.
Paroi antérieure de l'utérus siége de polype, 96.
— antérieure du vagin retranchée dans la procidence, 359.
— postérieure de l'utérus siége de polype, 101.
Parotidite cause d'épididymite, 431, 432.
Pathologie de la dysménorrhée, 166.
Péan (M.), prosecteur des hôpitaux, à Paris, 271.
Peaslee (Dr), tubes de drainage, 244.
Pellicules épithéliales dans le mucus cervical, 470.
Perchlorure de fer, 77.
— injection contre la ménorrhagie, 143.

Percy (Dr S. R.), spermatozoaires, 452.
Périnée (Opération du) dans la procidence, 357, 376.
Période favorable à la conception, 449, 454.
Péritoine (Cavité du), danger de l'ouvrir dans l'amputation du col, 249.
— drainage de cette cavité par le cul-de-sac de Douglas, 244.
Persulfate de fer, 77.
— employé contre la vaginite, 458.
— suppositoires, 468.
— en solution contre l'abcès utérin, 479.
Pessaire galvanique de Simpson, 43.
— à levier de Hodge, 317, 321, 322, 323, 328.
— de Zwang, 317, 377.
— anneau de Meigs, 317, 325.
— de Gariel, 318.
— de caoutchouc, 161.
— d'étain et de gutta-percha, 328.
— de coton ou d'ouate, 344.
— à tige, 471.
— globeux, son insuccès dans la procidence, 358.
— mal nécessaire, 318.
— nécessité d'instruire la malade sur son emploi, 319.
— importance de son appropriation, 329.
— gardé pendant le coït, 322, 331.
— insupportable pour certaines natures, 343.
Phosphate de soude, son influence sur les spermatozoaires, 460.
Physic (Dr), 411.
Pince à fenêtre pour l'extraction des polypes, 84, 85.
— à ténaculum double, 263.
— à phimosis de Ricord, 360.
Pitcher (prof.), cas de vaginisme, 391.
Poland (M.), cas de procréation, 428.
Polypes détruits par les tentes-éponges, 68, 69, 70.
— variétés, 75.
— cause de ménorrhagie, 75.
— retranché par l'écraseur, 77.
— retranché par les ciseaux, 78.
— position pour l'opération, 78.
Polypes, diagnostic, 82.
— en forme de champignon, 84.
— fibro-celluleux, 84.
— de Naboth, 84.
— pince, 85.
— retranché par torsion, 86.
— ligature, dangereuse, 87, 106.
— attaché à la paroi antérieure de l'utérus, 96.
— cas faisant connaître le diagnostic et le traitement, 97.
— fibreux attaché au fond de l'utérus, 100.
— fibreux attaché à la paroi postérieure, 101.
— opération malheureuse, 101.
— cause de dysménorrhée, 194.
Pommade de nitrate d'argent contre l'endométrite, 480.
Poppe (prof.), opération de la procidence, 367.
Porte-chaîne pour l'écraseur, de l'auteur, 90.
Porte-éponge, 79, 188.
— pour la rétroversion, 302.
Porte-tampon, 345.
— manière de s'en servir, 345.
— dans la procidence, 378.
Position pour l'examen au spéculum, 28.
— pour le retranchement des polypes, 78.
— normale de l'utérus, 272.
— pour recueillir la semence dans le vagin et l'utérus, 474.
Potasse à la chaux, 217, 220, 221, 239, 266.
— produit parfois l'occlusion de l'orifice, 216.
— employée dans les maladies du col, 463.
Potassium (Bromure de), 38, 127.
Pouchet, conception, 5.
Pratt (Dr), 126, 243, 246, 252.
Pravaz, perchlorure de fer, 77.
— seringue, 445.
Préparations du fer, 77.
Pression pour modifier les sécrétions du col, 471.
Préterre (M.), polype, 104.
— empreintes de divisions palatines, 320.
Price, glycérine, 79.

Priestley (prof.), pessaire galvanique, 43.
— dilatateur utérin, 192, 479.
Prise de mucus cervical pour l'examen microscopique, 439.
— de sécrétions vaginales pour l'examen microscopique, 474.
Procidence, cas du docteur Bennet, 263, 264.
— définition, 274.
— de l'utérus, 348.
— complète, 348.
— incomplète, 348.
— causée par des tumeurs fibreuses, 349, 354.
— impossible avec l'antéversion, 349.
— manière de la réduire, 350.
— ordre de la descente, 350.
— avec élongation du col, 353.
— avec hypertrophie de l'utérus, 353.
— réduite par le rétrécissement du vagin, 357, 377.
— compliquée de hernie, 358.
— raison de la descente, 359.
— idée de retrancher la paroi antérieure du vagin, 359.
— énorme, 359.
— excision de la paroi antérieure du vagin, opération, 359, 360.
— cas du docteur Duane, 364.
— opération par la scarification en forme de V, 365.
— scarification en forme de truelle, 366.
— progrès de l'art opératoire, 369.
— méthode d'opération, 370.
— opération du périnée, 376.
— compliquée de rectocèle, 376.
— amputation du col, 376.
— opération par le docteur Baker Brown, 377.
— traitée par les tampons au tannin ou à la glycérine, 377, 378.
Prolapsus, terme à abandonner, 274.
Propriétés de la semence, 424.
Prostate (glande), 424.
Prurit, 233, 235.
Puanteur de l'écoulement causé par la tente-éponge, supprimée par la glycérine, 73.
Pus n'est pas un obstacle à la conception, 459.
Pyémie, 134.
Pyogénie de la membrane dans l'abcès utérin, 479.

R

Raison de l'hystérotomie, 207.
— de la non-rétention de la semence par le vagin, 431.
— du replacement de l'utérus en inversion, 160.
Rapprochement sexuel. V. Congrès sexuel.
Récamier, curette, 60, 67.
— granulations utérines, 145.
Rectocèle compliquant la procidence, 376.
Rectum (Cancer du) retranché par l'écraseur, 88.
— (Examen par le), 116.
Redresseur ordinaire d'argent, d'Allemagne, 120.
— (Sonde employée comme), 309.
Réduction d'un utérus en inversion, sa raison, 149, 159.
— de l'inversion suivie de conception, 163.
Renversement antéro-latéral, 274.
Renversements devenus flexions, 273.
Replacement de l'utérus en rétroversion, 302, 303, 308, 309.
— de l'inversion (Efforts tentés pour), 149, 152, 153.
Retranchement des polypes par l'écraseur, 77.
— par les ciseaux, 78.
— par torsion, 86.
Rétention des menstrues par l'occlusion de l'hymen, 381.
— par l'occlusion du vagin, 409.
Rétroversion, ce qui la constitue, 273.
— avec conicité du col, 260.
— réduite par la manipulation, 302.
— réduite au moyen de porte-éponge, 302, 303.
— cause de stérilité, 330.
— causée par une tumeur fibreuse, 333, 339.
— cause de fausses couches, 335, 336.

Rétroversion guérie par la gestation, 342.
— jointe à l'antéflexion, 343.
— par rapport à la non-rétention de la semence, 421, 422.
— danger de la seringue vaginale, 467.
Ricord, cas, 253.
— pince à phimosis, 360.
Rigby, inversion, 147.
Ritchie (Dr), conception, 448.
Rives (Dr), opération, 243.
Roberts (Dr W. C.), éponge comprimée, 51.
Rossi, injection séminale, 441.
Rottenstein (Dr), dilatateur vaginal de caoutchouc vulcanisé, 398.
Roubaud, sur la frigidité chez la femme, 434.
Routh (Dr), vaginoscope, 37.
— injections utérines, ménorrhagie, 143.
— sur l'endométrite, 479.
— sur l'endométrite *fondale*, 481.
Rupture de l'écraseur, 89.

S

Sang et pus, les spermatozoaires y vivent, 458.
Savage (Dr), injection d'iode dans la ménorrhagie, 142, 143, 144.
— dessin, 206.
— opération de la procidence, 357, 377.
— dilatation du col pour l'injection utérine, 466.
Sayre (Dr Lewis A.), inversion, 147.
— pessaire à tige, 318.
Scanzoni, excision des granulations, 463.
— sur l'endométrite, 479.
Scarification en forme de V dans la procidence, 365.
— en forme de truelle, 367, 370.
Scudder (Dr S. D.), 235.
— cas de rétroversion avec stérilité, 239.
Sécrétions vaginales, 456.
— vaginales éprouvées par le papier réactif, 459.
— cervicales, 461.
— anormales, 469, 470.
Sécrétions de la cavité utérine, 473.
Seigle ergoté, 99.
— dans l'opération pour rétention des menstrues, 383.
Semence, non-rétention, 415.
— nature et propriétés, 424.
— sous le microscope, 424.
— dépourvue de spermatozoaires, 428, 432.
— dans l'épididymite, 430.
— odeur et apparence, 432.
— avec mucosités, 432, 433.
— injectée artificiellement dans l'utérus, 441, 444.
— affaiblie par les excès, 451.
— quantité éjaculée par l'homme, 451.
— manière de prendre de la semence dans le vagin et dans le col pour l'examen microscopique, 474, 475.
Sensualité animale non essentielle à la procréation, 434.
Seringue utérine pour l'injection artificielle de la semence, 445.
— vaginale, 464.
— vaginale, manière de s'en servir, 465.
— ses dangers, 466, 467.
Simpson (Dr), 119, 127.
— contraction de l'orifice, 5.
— éponge comprimée, 51.
— sonde utérine, 114.
— hémorrhagie après incision de l'orifice et du col, 175.
— méthode pour inciser l'orifice et le col, 176.
— hystérotome, 182.
— retroversion, 308.
— suppositoires vaginaux, 468.
Sloan (Dr), tentes de *Laminaria digitata*, 74.
Smith (Dr Tyler), inversion de l'utérus, 146, 158, 159.
— inversion chronique, 149, 150.
— pessaire élastique, 153.
— pessaire de caoutchouc, 161.
— conception après inversion, 163.
— sur la leucorrhée, 461.
Société d'accouchements, mémoire sur la procidence, 378.
— mémoire sur le vaginisme, 387.
Solution de perchlorure de fer, 188.

Solution de persulfate de fer, 188.
— de persulfate de fer dans l'abcès utérin, 479.
— d'argent dans les maladies utérines, 462.
Sonde utérine, 114, 119, 123, 129, 192, 300.
— employée comme agent de diagnostic, 119.
— employée comme redresseur, 309.
— d'argent d'Allemagne, 121.
Soude (Phosphate de), son influence sur les spermatozoaires, 460.
Souchon (M. Edward), dissections utérines, 271.
Spae (Dr), inversion, 148.
Spallanzani, injection séminale, 441.
Spasme du sphincter vaginal, 381.
Spéculum, son invention et son mode d'action, 13-25.
— (Examen au), 28.
— méthode pour l'introduire, 28.
— et position pour la prise de la semence dans le canal cervical, 474.
Spermatozoaires, leurs mouvements, 424-427.
— nécessaires à la procréation, 429.
— non essentiels au coït, 429.
— après l'épididymite, 430.
— leur locomotion, 437.
— comment ils entrent dans le canal du col, 438, 439, 440.
— dans l'utérus, 438.
— dans le col immédiatement après l'acte sexuel, 439.
— durée de leur vie dans le mucus vaginal et dans le mucus cervical, 453.
— dans le col utérin après le coït, 453.
— vivent dans le sang et le pus, 458.
— tués par un mucus trop acide, 459.
— tués par le muco-pus, 462.
Sperme, dépourvu de spermatozoaires, 431, 432.
Sphincter du vagin, spasme, 381.
Squibb (Dr), persulfate de fer, 77.
— persulfate de fer liquide, 152.
— solution de persulfate de fer, 188.
Stérilité, provient souvent de maladies utérines, 2.
— naturelle et acquise, 2.
stérilité compliquée de tumeurs fibreuses, 110, 111.
— accompagnée de menstrues douloureuses, 164.
— acquise par l'emploi des caustiques, 217, 330.
— influencée par la position vicieuse de l'utérus, 321.
— cas dû à la rétroversion, 330.
— chez l'homme, 428.
— causée par stricture, 433.
Stevens (Dr Alexandre H.), inversion, 148.
Stomatite traitée par le nitrate photographique, 462.
Stone (Dr Warren), cas de procidence, 357.
Stricture cause de stérilité chez l'homme, 433.
Suppositoires médicamenteux contre la vaginite, 457.
— formule, 458.
— vaginaux, 468.
— intra-cervicaux, 470.
Sutures métalliques dans la procidence, 357.
Swann (M.), préparation de fer, 77.
— dissolution des sécrétions leucorrhéiques, 467.
Symptômes d'abcès utérin, 478.

T

Tampon de glycérine, 79.
— de tannin dans la procidence, 378.
Tannin et glycérine dans la vaginite, 457.
— suppositoires dans la vaginite, 458.
— saveur peu après son application au col de l'utérus, 464.
— suppositoires, 468.
Tardieu (M.), conception sans pénétration, 436.
Taylor (prof. Isaac E.), gangrène du col, 229.
Teinture d'iode dans l'abcès utérin, 479.
— dans l'endométrite, 484.
Temps favorable à l'introduction des tentes-éponges, 54.
— favorable à la conception, 448.
— propice à l'acte sexuel, 450, 454.

Temps moyen de traitement de la vaginite, 457.
Ténaculum double, 263.
Tente-éponge, mal nécessaire, 62.
— détruit les polypes muqueux, 68.
— détruit un polype fibreux, 70.
— diagnostic des fibroïdes intra-utérins, 125, 133.
Tentes-éponges, 51, 115, 172.
— manière de les faire, 52.
— manière de les introduire, 53.
— temps propice à leur introduction, 54.
— manière de les retirer, 55, 56.
— dans les maladies utérines, 63.
— leurs dangers, 63.
— cause de métro-péritonite, 65.
— leur action, 66.
— effets dégoûtants, 54, 71, 73.
— dans l'hypertrophie de l'utérus, 72.
— avant les injections utérines, 466.
Tentes de *Laminaria digitata*, 73.
Testicules, leur fonction, 424.
— position vicieuse, 428.
— retenus, 428.
— inflammation, 430, 432.
Thierry Miegs (Dr), cas de procidence, 350.
— cas d'endométrite, 483.
Thomas (Dr T. G.), 252.
— sur le vaginisme, 401.
Tige intra-utérine, 192, 317, 404.
— vaginale, 317.
Tilt (Dr), tentes-éponges, 172, 173.
— potasse à la chaux, 463.
Tissu cicatriciel dans le vaginisme, 407.
Torsion des polypes, 86.
Traitement de la ménorrhagie, 44.
— des tumeurs fibreuses, 109.
— de la dysménorrhée, 169.
— de la procidence avec tampons au tannin, 378.
— du vaginisme, 384.
— de la vaginite, 457.
— local de l'endométrite, 480.
Trichines dans le cochon, 448.
Trocart, 126.
Trousseau, cas de dysménorrhée, 253.
Tube de plomb du docteur Coghlan, 473.
Tube de drainage pour la cavité du péritoine, 244.
— vaginal courbe, ne doit jamais être employé, 465.
Tumeur ovarienne (Grossesse prise pour une), 36.
Tumeurs fibreuses, 108.
— fibreuses extra-utérines, intra-utérines, intra-murales, 109.
— fibreuses pédiculées ou sessiles, 110, 111.
— fibreuses font obstacle à la conception, 108.
— fibreuses dans la stérilité acquise, 110.
— fibreuses dans la stérilité naturelle, 110.
— fibreuses chez les vierges, 111.
— fibreuses, diagnostic, 114.
— dans le cul-de-sac de Douglas, 116.
— fibreuses cause d'antéflexion, 121.
— fibreuses intra-utérines, 123.
— fibro-cystiques, 126.
— fibreuses, traitement, 127, 142.
— fibreuses, énucléation, 128, 130, 138.
— fibreuses compliquant la délivrance, 137.
— fibreuses incision de l'orifice et du col, 142, 144.
— cancéreuses du col de l'utérus, 240.
— fibreuses cause de rétroversion, 333.
— fibreuses et rétroversion, 339.
— fibreuses ne sont pas un obstacle à la gestation, 342.
— fibreuses cause de procidence, 349.

U

Urèthre (Inflammation de l') produite par l'âcreté de l'écoulement leucorrhéique, 457.
Usage de la seringue vaginale, 465.
Utérorrhée, 233, 234, 235.
Utérus, hypertrophie, tentes-éponges, 72.
— en inversion, 146.
— anatomie, 211.
— défaut de développement, 253.

Utérus, déplacements, 270.
— position normale, 272.
— en antéversion, 277.
— en rétroversion, 299.
— influence de la position sur la stérilité, 321.
— absence congénitale, 413.
— et vagin avant et après l'acte sexuel, 422.
— spermatozoaires dans cet organe, 438.
— injection artificielle de la semence, 441.
— siége de la conception, 447.
Utilité des pessaires, 331.

V

Vagin long et étroit, 278.
— varie en grandeur et dans ses relations, 319, 414.
— apparence dermoïde dans la procidence, 349.
— atteint des proportions énormes dans la procidence, 350.
— rétréci pour la guérison de la procidence, 357.
— atrésie, 408.
— qui ne retient pas la semence, 414.
— trop court, 415.
— qui rejette la semence, 420.
— et utérus dans l'acte sexuel, 422.
Vaginisme, 380, 384.
— diagnostic, 385.
— méthode d'exploration, 385, 386.
— historique d'un cas, 388.
— éthérisation, 390, 401.
— traitement, 394.
— opérations, 395, 403.
— complications, 400.
Vaginite, 456.
Vaginite spécifique, 456.
— secondaire, 456.
— traitement, 457.
— son influence sur les spermatozoaires, 459.
— causée par abcès utérin, 478.
Vaginoscope du docteur Routh, 37.
Van Buren (prof.), cas de vaginisme, 331.
Vanderpoel (Dr), cas de dysménorrhée, 173.
Variétés de polypes, 76.
— de vagins, 314, 319.
— d'atrésies vaginales, 410.
Velpeau, inversion, 147.
— cas, 253.
Vésicules séminales, 424.
Vien (M.), 271.
Vierges affligées de tumeurs fibreuses, 111.

W

Wells (M. Spencer), hystérotomie, 204, 205.
— opération de la procidence, 379.
West (Dr), œuvres, 43, 461.
— sur une inversion de douze ans, 150.
— sur l'abcès utérin, 477.
White (prof.), 158, 159, 161.
— inversion de l'utérus, 146.
— inversion de quinze ans, 150.
Williame (Dr), inversion congénitale, 148.
Woodson (Dr), inversion, 149.
Wright (Dr H. G.), sur les solutions d'argent, 462.

Z

Zwang, pessaire, 317, 377.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON ET FILS.

ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN.

Locomotion, circulation, digestion, respiration, appareil génito-urinaire, par MM. Bonamy, Broca et Beau, 258 pl. Grand in-8, avec texte explicatif en regard, formant un atlas en 4 volumes.

En noir..... 130 fr.
Colorié..... 260

Système nerveux et organes des sens, par M. Ludovic Hirschfeld, 1 volume de texte in-8, avec un atlas de 92 pl. grand in-8, dessinées par J. B. Léveillé, avec texte explicatif en regard.

Noir..... 60 fr.
Colorié..... 110

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur DECHAMBRE, par une réunion de médecins civils et militaires, membres des académies, professeurs, agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, écrivains de la presse médicale, etc., etc. — Le dictionnaire comprendra environ 25 volumes grand in-8 compactes, avec figures, et sera publié par demi-volumes qui paraîtront à époques rapprochées. — Prix de chaque demi-volume..... 6 fr.

DARWIN (CH.). — **De l'origine des espèces** par sélection naturelle ou des lois de transformation des êtres organisés, traduit en français par Mlle Clémence-Aug. ROYER. 2e édition, revue et corrigée, avec une préface et des notes du traducteur. 1 vol. in-8..... 7 fr. 50

LEFORT (L.). — **Des maternités.** Études sur les maternités et les institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux États de l'Europe. 1 vol. in-4, avec 11 pl..... 18 fr.

LENOIR (A.), SÉE (MARC) et TARNIER (S.). — **Atlas complémentaire de tous les traités de l'art des accouchements**, contenant 105 planches dessinées d'après nature, et lithographiées par M. E. BEAU, avec texte. 2 vol. grand in-8 jésus cartonnés..... 60 fr.
Prix d'une reliure en demi-maroquin..... 10 fr.

ROLLET (J.). — **Traité des maladies vénériennes.** 1 vol. in-8 de 1000 pages compactes..... 12 fr.

SCANZONI. — **Précis théorique et pratique de l'art des accouchements**, traduit par le docteur P. PICARD. 1 vol. grand in-18, avec 111 figures dans le texte..... 5 fr.

SCANZONI. — **De la métrite chronique**, traduit de l'allemand par le dr SIEFFERMANN. 1 vol. in-8..... 7 fr.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

B.P.L.
JAN 28 1899